# DIAGNÓSTICO
# DE LAS ENFERMEDADES PULMONARES.

---

## TÉSIS

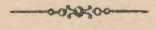
PARA EL

EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUJIA,

POR

**ANGEL CONTRERAS,**

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA
DE MÉXICO.



MÉXICO.
IMPRENTA DEL GOBIERNO, EN PALACIO,
Á CARGO DE JOSÉ M. SANDOVAL.

1869.

mi amigo y compañero Librado
ga.

Angel Contreras

AL SEÑOR D. GABINO BARREDA,

SU AGRADECIDO DISCIPULO

Angel Contreras.

# INTRODUCCION.

El objeto de esta sucinta memoria es presentar al juicio de mi ilustre jurado el fruto de la especial dedicacion que durante algunos meses he consagrado al estudio de las enfermedades del pulmon, en cuanto mis cortas luces, escaso tiempo y medios imperfectos de observacion me lo han permitido. Ciertamente nada nuevo se encontrará aquí. ¿Qué pudiera presentar de ignoto ante hombres, cuyo celo y talento los coloca en tan alto puesto científico y les hace merecer la confianza universal, poniendo en sus manos los dones mas inestimables de salud y honor? Léjos, sin embargo, de mi mente la idea de que las ciencias médicas no presenten diariamente en todos y cada uno de sus inmensos ramos, manantiales fecundos de saber y gloria. Ciencia natural de observacion, permitirá siempre cosechar ópimos frutos en sus labores, donde brillen á la par trabajo y constancia. Plegue á mis compañeros, ávidos de lo grande y desconocido, llenar las doradas páginas de la historia médica mexicana con útiles y benéficos descubrimientos que eleven nuestra soñada patria ante todas las naciones del globo que se llaman civilizadas. En cuanto á mí, empleado á principios de este año en la seccion de Clínica interna del hospital de San Adrés, servicio en el que, como se verá, predominan las afecciones pulmonares, y estando bajo la eminente direccion de uno de los mas sublimes genios que haya producido nuestro patrio suelo, el Sr. Jimenez, D. Miguel, cuya autoridad en materia de diagnóstico y apreciacion de los síntomas físicos es á toda hora respetada y encomiada; el campo que se me presentaba era vasto y fértil; bien sé que es uno de los puntos de la patología que mas hayan tocado á su perfeccion, y en el que por tanto los progresos son mas arduos y ménos imperiosos, pero que reclaman, sí, urgentemente llegar á poseer los del dia, y en esta materia mas que en cualquier otro ramo de la medicina, la sabia y acertada direccion de un ilustre profesor se hace no solo útil y conveniente, sino indispensable y apremiante. Procurar saber lo conocido, es primero que tratar de conocer lo ignorado. Estas breves consideraciones me guiaron sin vacilar, á elegir por tésis el punto que hoy presento. Contrariedades posteriores en el servicio del hospital, me obligaron á interrumpir el cuadro que me habia trazado; pero hé aquí el fruto, aunque imperfecto, de mis observaciones clínicas y de mis horas de vigilia consagradas á la lectura de algunos autores especialistas.

# DIAGNÓSTICO

DE LAS

# ENFERMEDADES PULMONARES.

---

El diagnóstico, cuya etimología significa discernimiento, es, segun Racle, la ciencia que tiene por objeto hacernos conocer la existencia, sitio y naturaleza de las enfermedades, así como el grado al cual han llegado, y su estado simple ó complexo. Para otros, el diagnóstico debe tener una acepcion mas lata aún, y así lo definen el conocimiento del estado de salud ó enfermedad, y se funda en que existen tanto los signos de salud como de enfermedad, siendo el conocimiento de los primeros absolutamente indispensable para llegar al de los segundos. Para Bouchut, el diagnóstico solo comprende una operacion intelectual; pero evidentemente esto no es mas que una de sus partes, pues que esta no puede tener lugar sin los elementos, es decir, sin los síntomas y signos, cuya investigacion y estudio comprende, por decirlo así, el arte del diagnóstico, y aun tiene que admitirlo de esta manera el mismo Bouchut, pues que en su tratado respectivo, no solo aprecia los síntomas y signos, sino que da las reglas relativas á los métodos de exploracion y observacion de los enfermos. Como quierá que sea, basta esta simple enunciacion para hacer comprender la necesidad é importancia de este ramo de las ciencias médicas, é inútilmente querria hacer resaltar lo que por sí es tan obvio.

Las enfermedades del pulmon toman su importancia del papel tan esencial que dicho órgano desempeña en la respiracion, funcion indispensable para la conservacion de la vida. Todo trastorno en su libre juego, compromete gravemente la salud y amenaza la vida mas ó ménos inmediatamente. La frecuencia de sus enfermedades se explica fácilmente: primero, por la continuidad de su accion, pues que á diferencia de las otras funciones, que como la de la generacion, las de relacion, &c., no tienen sino cierto período de actividad en la vida, ó gozan de intervalos de reposo; las ántes dichas, comienzan desde el momento en que el hombre goza de la vida independiente, desprendiéndose del seno materno y continúan sin interrupcion hasta el último instante ántes de la muerte: segundo, la situacion de los órganos que sirven para la respiracion, pues miéntras que la mayor parte de los otros están protejidos por la piel, y esta á su vez por los vestidos, las vías respiratorias, y el pulmon especialmente, están en contacto inmediato con un aire constantemente renovado, soportando sin ninguna defensa la temperatura de la atmósfera, sufriendo su humedad, absorbiendo sus principios nocivos, y encontrando en el elemento mismo que mantiene la vida, mil causas de sufrimiento y muerte.

Estas razones, tomadas de la fisiología, están plenamente sancionadas por lo que la observacion enseña. A priori, y por el simple recuerdo de lo que se ve y oye diariamente, ya en los hospitales, ya fuera de ellos, cualquiera concederá que las enfermedades pulmonares son extremadamente frecuentes é importantes; pero esta proposicion toma un apoyo mayor cuando se examinan los cuadros estadísticos relativos, tanto á la mortalidad como á la frecuencia de las diversas enfermedades. Los de los diversos países en general, los de México en particular, y en especial los de las salas de medicina del hospital general de San Andrés, todos establecen

perentoriamente la misma conclusion. Boudin, en sus cuadros sobre la letalidad y género de muerte en Inglaterra, durante los cinco años de 1838 á 1842, nos enseña, que de 1.734,435 fallecimientos, 297,300 fueron á consecuencia de la tísis pulmonar, es decir, que esta enfermedad es la causa de un 17 por ciento del total de las muertes. El tifo y las viruelas en esos mismos cuadros representan el 5 y el 2 y medio por ciento; relacion bien inferior á la de la tísis. Es cierto que en estos datos debe tenerse cuenta del clima frio de Inglaterra que aumenta la frecuencia y gravedad de la tuberculizacion pulmonar; pero no por esto pierde todo su valor dicho dato, pues los cuadros que Levy da sobre la frecuencia de la tísis pulmonar en los diferentes climas del globo, parecian establecer que dicha enfermedad es, con poca diferencia, igualmente comun en todos los puntos á donde el hombre vive en sociedad; y aun los mayores adversarios á esta doctrina, que ha sido muy debatida, admiten que la tísis pulmonar existe con un cierto grado de frecuencia en los países calientes, aunque dicho grado sea muy inferior relativamente al de los países frios.

La neumonía en Lóndres, segun W. Farr, representa 6 y medio por ciento en la mortalidad general, y aun 7 por ciento, no teniendo en cuenta mas que las enfermedades exclusivamente médicas. En Francia su gravedad es mayor. Aunque los datos estadísticos faltan para dicho país, y los que existen sobre este particular no presentan todas las garantías deseables, ateniéndonos á los publicados en los Anales de higiene por Trebuchet, resulta que en los cuadros mortuorios de la ciudad de Paris, la neumonía representa 9 por ciento de la mortalidad. Los datos referentes á la poblacion parisiense, que es admitida en los establecimientos hospitalarios, han sido obtenidos por Grisolle con mayor garantía de exactitud. Sobre 35,260 individuos admitidos en los servicios de medicina de los hospitales generales, en 1861, se han contado 1,264 casos de neumonía, de donde resultan 3,58 sobre 100. En 1862, la proporcion fué de 3,41 sobre 100. La frecuencia de la neumonía respecto á las otras enfermedades de las vías respiratorias fué en esos años de 13,23 sobre 100, y por lo mismo, las afecciones de las vías respiratorias estuvieron en relacion al total de las enfermedades, como 27 á 100. Estos números, como se comprende, no son relativos á las dos edades extremas de la vida; en ellas la neumonía es mas frecuente. En consecuencia, la neumonía, como las otras enfermedades del pulmon, son frecuentes y graves en el continente europeo, pero desigualmente repartidas, segun las influencias climatéricas propias á cada país.

En la capital de México, los documentos necrológicos que el Sr. D. J. M. Reyes ha podido reunir con una loable perseverancia, despojándolos de todo lo duduso ó equívoco, y dando su verdadero significado á los datos mal interpretados, nos muestran claramente que las enfermedades del pecho hacen un papel muy importante en la mortalidad, y que la neumonía figura á la cabeza de todas. En efecto, de los 27,853 fallecimientos que tuvieron lugar en los años de 1845, 1852, 1858 y 1859, fueron de pulmonías 3,666, es decir, 13 por ciento: de tísis pulmonar, 1,521, es decir, 5 y medio por ciento. Ninguna otra enfermedad suministra un contingente tal como la neumonía. La diarrea, que figura en segunda línea en dicha letalidad, representa solo el guarismo de 2,746.

En el año de 1866, en el cual el Sr. Reyes pudo recoger con el empeño y dedicacion que lo caracterizan, las noticias necrológicas mas llenas de exactitud y veracidad, por ir selladas con la firma de los médicos, los resultados para nuestro objeto fueron los mismos expuestos, adquiriendo estos así mayor fuerza. No obstante, la tísis pulmonar presentó una mortalidad relativamente menor en este último año. Parece que esta enfermedad que acaba en Europa con lo mas florido de su poblacion, en México es bastante benigna. Sobre un total de 7,866 muertos que hubo ese año, 2,217 lo fueron por enfermedades del pulmon, esto es, 28 qor ciento. Trascribo el siguiente cuadro, que me parece muy digno de interes por especificar dichas enfermedades y marcar las estaciones en que han tenido lugar.

| | | PRIMAVERA. | ESTIO. | OTOÑO. | INVIERNO. |
|---|---|---|---|---|---|
| Pulmonías.............. | 1,791........ | 500 | 463 | 295 | 533 |
| Tísis pulmonar.. ...... | 204........ | 37 | 46 | 67 | 54 |
| Tos ferina............... | 197........ | 56 | 30 | 34 | 77 |
| Bronquítis capilar.... | 10........ | 1 | 00 | 3 | 6 |
| Enfisema pulmonar... | 15........ | 0 | 0 | 13 | 2 |
| | 2,217 | 594 | 539 | 412 | 672 |

Con razon ha podido decir el Sr. Reyes, que la pulmonía es la enfermedad endémica de México. En cuanto á la influencia de las estaciones, de esta tabla y los datos de los años anteriores resulta, que el Invierno y la Primavera son las mas favorables al desarrollo y muerte por estas enfermedades, y el Otoño la menor. Hay, pues, una diferencia con la mortalidad en general, que se presenta en el órden siguiente: Estío, Invierno, Otoño y Primavera. El censo especial de los tísicos en los primeros años dichos, da sobre 380 muertos: 80 en la Primavera, 104 en el Estío, 106 en el Otoño y 90 en el Invierno. Segun estos datos, la mortalidad de los tísicos, contrariamente á la opinion general de que es mayor en el Invierno, no lo seria sino en el Otoño y Estío.

Los apuntes que llevé en los meses de Diciembre de 1868, y los de Enero y Febrero de 1869, es decir, durante el Invierno, en la primera seccion de la Clínica interna del hospital de San Andrés, me dan sobre 70 enfermos que entraron y 15 que murieron:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| De neumonía | 8 | curados | 6 | muertos | 2 |
| ,, pleuresia | 1 | ,, | 0 | ,, | 1 |
| ,, tísis pulmonar | 2 | ,, | 0 | ,, | 2 |
| ,, bronquítis | 6 | ,, | 6 | ,, | 0 |
| ,, enfisema pulmonar | 2 | alta voluntaria | 2 | ,, | 0 |
| | 19 | | 14 | | 5 |

Este pequeño cuadro no permite sacar conclusiones generales, pues por los cortos números que representa, puede ser notablemente influido por uno ó dos enfermos que por cualquier circunstancia extraña á las influencias climatéricas, estacionales, &c., y mas bien por las administrativas del hospital ú otras, pudiera presentarse ó agravarse; pero siendo estos los únicos datos de que puedo servirme para juzgar de la frecuencia y gravedad de las enfermedades que no han determinado la muerte, pues que el Sr. Reyes, hasta aquí, solo ha considerado los fallecimientos, veré hasta qué punto estos pequeños guarismos se aproximan ó alejan de los obtenidos en otros lugares. La frecuencia de las enfermedades pulmonares, siendo en este cuadro de un 27 sobre 100, y su mortalidad de 26 por ciento; estos datos vienen de acuerdo con los anteriormente establecidos. La mortalidad de la neumonía en particular, siendo de 1 sobre 4 se aproxima bastante á la que Grisolle y Leroux fijan en los hospitales de Paris.

En la sala mixta, en los meses de Diciembre y Enero, entraron 62 enfermos y murieron 11.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| De neumonía | 3 | curaron | 2 | murieron | 1 |
| ,, pleuresia | 1 | ,, | 1 | ,, | 0 |
| ,, bronquítis | 5 | ,, | 5 | ,, | 0 |
| ,, tísis pulmonar | 4 | alta voluntaria | 2 | ,, | 2 |
| | 13 | | 10 | ,, | 3 |

La frecuencia un poco menor aquí de las enfermedades en cuestion, se explica perfectamente por recibirse en este servicio los enfermos de alcoholismo crónico que sabemos visitan diariamente el hospital y no quedan, sino por excepcion, en el departamento de Clínica.

En los meses de Junio, Julio y Agosto del presente año, es decir, en el Estío, entraron en la primera seccion de la sala de Clínica interna, 65 enfermos.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| De pulmonía | 7 | curaron | 5 | murieron | 2 |
| ,, pleuresia | 1 | ,, | 1 | ,, | 0 |
| ,, hidro-neumotorax | 1 | ,, | 0 | ,, | 1 |
| ,, tísis pulmonar | 1 | alta voluntaria | 1 | ,, | 0 |
| ,, bronquítis | 2 | curados | 2 | ,, | 0 |
| ,, enfisema pulmonar | 1 | alta voluntaria | 1 | ,, | 0 |
| | 13 | | 10 | | 3 |

La frecuencia un poco menor aquí de las enfermedades del pulmon relativamente al cuadro del Invierno, confirmaria la influencia establecida de las estaciones. La mortalidad para la neumonía es aproximativamente la misma. La predominancia de las enfermedades pulmonares relativamente á las otras, es perentoria, pues aunque á primera vista suelen aparecer en las estadísticas los reumatismos, las diarreas, como en número mayor, analizando estas enfermedades se ve que no pueden reunirse en un solo guarismo afecciones tan distintas como los dolores sifilíticos, los de los alcohólicos, los del reumatismo articular, &c., é igualmente lo relativo á las diarreas. Las fiebres intermitentes sí predominan manifiestamente á veces y se nos ha hecho observar bien en Clínica su mayor frecuencia y gravedad que diariamente adquieren en la capital.

En la sala de medicina de mujeres entraron en el Estío pasado, 313 enfermas y murieron 46.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| De neumonía | 16 | curadas | 11 | murieron | 5 |
| ,, pleuresía | 5 | ,, | 3 | ,, | 2 |
| ,, tísis pulmonar | 15 | alta voluntaria | 6 | ,, | 9 |
| ,, enfisema pulmonar | 4 | ,, | 3 | ,, | 1 |
| ,, bronquítis | 19 | curaron | 18 | ,, | 1 |
| ,, hemoptísis | 2 | ,, | 1 | ,, | 1 |
| ,, asma | 1 | aliviada | 1 | ,, | 0 |
| | 62 | | 43 | | 19 |

La frecuencia de las enfermedades pulmonares, 20 por ciento, y la gravedad de la pulmonía 1 por 3⅓, son bastante aproximadas á las obtenidas ántes. La mayor mortalidad relativa de las afecciones pulmonares, 19 por 46, está notablemente influida por la excesiva letalidad de la tísis: 9 sobre 15, la cual se comprende, porque dichos enfermos solo vienen al hospital á morir cuando su mal está ya muy avanzado. El enfisema y la bronquítis no aparecen en varios cuadros con la frecuencia que debieran quizá, pero son enfermedades incurables ó muy poco graves por las cuales pocos individuos entran al hospital.

Probada la frecuencia y gravedad de las afecciones pulmonares, trazar, pues, las reglas mas generales que deben guiar al práctico para obtener un diagnóstico acertado; pintar la manera mas perfecta de observar y recoger las manifestaciones mas ordinarias con que se nos revelan los padecimientos pulmonares; y en fin, ver en cada enfermedad de las que este órgano puede ser el sitio, cuáles son sus caractéres comunes, y cuál ó cuáles los propios: hé aquí el plan que me propongo seguir, teniendo á la vista las observaciones clínicas siempre que pueda.

El diagnóstico, siendo una operacion practicada en dos tiempos; el primero, teniendo por objeto descubrir y agrupar todas las circunstancias que conduzcan á distinguir la enfermedad; el segundo, interpretar ó valorizar cada uno de los signos, es claro que la exactitud en cada una de estas partes, es tan indispensable para el buen éxito, como la perfeccion de su combinacion. La primera es el diagnóstico simple, la segunda el diagnóstico diferencial. Bouchut les compara justamente con la prueba y contraprueba de una operacion algebráica, y así como el verdadero producto en esta depende únicamente del calculador, de la misma manera el diagnóstico está completamente subordinado á la inteligencia, saber y experiencia del médico. A él, pues, se refieren las condiciones de esta operacion; el papel del enfermo es del todo pasivo; sin embargo, hay varios requisitos por parte del paciente que alivian no poco la carga del práctico; así, cierto grado de inteligencia y locucion clara y precisa son extremadamente útiles. Todos los dias vemos á nuestros mas distinguidos clínicos demorarse sin provecho alguno frente á varios enfermos de los hospitales, y esto porque ni entienden las preguntas que se les dirigen, ni saben fijar los sufrimientos que los agobian, se pierden en largas digresiones y teorías, ó nada expresan. El médico, en tales circunstancias, necesita revestirse de paciencia y dirigir diestramente su interrogatorio, segun dirémos mas adelante, guiándose esencialmente por los signos físicos. Básteme enunciar como condiciones inherentes para formar el llamado tacto médico, es decir, esa doble habilidad en la pronta adquisicion del diagnóstico y penetracion de las indicaciones, la perfeccion en todos los órganos de los sentidos, su educacion práctica, y muy especialmente el hábito de los diversos modos de exploracion. Ya he dejado ver el papel tan activo y dominante que la mente desempeña en el diagnóstico; la pers-

picacia á la vez que el juicio son sus mas bellos dones. El conocimiento teórico de las patologías es indispensable. Como un útil auxiliar, citaré, en fin, el conocimiento anterior de la salud del paciente: entónces pueden apreciarse pequeños cambios y prevenirse funestos accidentes, en que nos pueden hacer caer á cada paso las idiosincrasias.

La manera de examinar é interrogar á un enfermo, tiene un interes capital y en todos tiempos ha preocupado á los autores. Es incuestionable que debe seguirse algun órden premeditado si no se quieren cometer recriminables omisiones y repeticiones. Examinado el estado exterior por una tácita y escrupulosa inspeccion, creo que el camino mas corto y seguro para llegar al fin deseado, es el usado por Rostan: preguntar terminantemente de dónde está enfermo. La respuesta pondrá en la vía del diagnóstico, y en los casos en que así no fuere, podrá reconocerse sin mucha dificultad, cuando se trata de afecciones generales sin localizacion especial. La calentura, la temperatura de la piel, ayudarán entónces. El médico dirigirá su atencion á aquellos síntomas propios y principales de un limitado número de enfermedades, y su enlace con los fenómenos concomitantes descubrirá la realidad. Averiguar desde el principio el tiempo que lleva de existir la enfermedad, y qué fenómenos la han acompañado en su orígen, es muy útil; porque se limita el cuadro entre las afecciones agudas ó crónicas. Explorado el órgano enfermo, y conocida la funcion alterada, se pasará al estudio de la que tenga con ella relaciones mas inmediatas, y así sucesivamente.

Toda circunstancia que concurra ó ayude á formar el diagnóstico pudiendo contribuir á establecer los signos, que son los elementos para el discernimiento, importa mucho al médico no olvidar ninguno, y para esto llevar su atencion, tanto á los actuales ó presentes que estos dependan de la enfermedad misma ó del medio en que se halla, como tambien á los conmemorativos ó anamnésticos. Así, pues, á los fenómenos percibidos por él y á los que el enfermo le relate, añadirá los relativos á edad, sexo, profesion, temperamento, país, clima, estacion, herencia, enfermedades anteriores, influencia del tratamiento, &c. Las circunstancias de endemia, epidemia, tambien entrarán en cuenta. No estará por demas recordar que el médico arreglará su lenguaje al de las personas que trate y jamas revestirá de tono severo ó descortes sus preguntas; estas serán siempre simples y conducentes; su fisonomía nunca traslucirá las impresiones de su alma.

Hay casos en que á pesar del interes del facultativo y de los vehementes deseos de los deudos, el diagnóstico no puede fundarse, y entónces el médico deberá ser extremadamente circunspecto aun consigo mismo á fin de evitar deplorables preocupaciones. En efecto, sea que asista á la enfermedad en sus primeras manifestaciones, ó al contrario, que, como sucede frecuentemente en los hospitales, la vea en su declinacion feliz ó mortal, ó en fin, en un período aislado; como los signos propios ó patonogmónicos no se revelan en todos los momentos, deberá esperarse estos para establecer uno su juicio. Las fiebres en su principio ó fin; una caverna pulmonar; una neumonía en ciertas edades de la vida, son ejemplos frecuentes de lo expuesto. La predominancia de los fenómenos simpáticos puede inducir á error si se desprecia el exámen minucioso de los diversos órganos, aparatos ó funciones; así, pues, esto es indispensable, principalmente cuando se trate de desórdenes de los aparatos nervioso ó circulatorio, en quienes tanto influyen los padecimientos de los otros sistemas de órganos, al grado que rara vez su afeccion es esencial, y cuando lo fuese, el diagnóstico, por vía de exclusion, puede ser en ciertos casos el único posible. El aparato respiratorio está afectado mas rara vez por simpatía, pues á excepcion de la aceleracion en la respiracion que es comun acompañe á la de la circulacion en los sufrimientos de otros órganos, sus otras perturbaciones, como dispnea, tos, &c., indican en la mayoría de los casos una enfermedad propia del aparato respiratorio: en los raros casos en que se presentan sin padecimiento del órgano mismo, como en la histeria, &c., el cortejo de los otros síntomas fácilmente descubre la enfermedad principal. Por grande que sea la sagacidad de un clínico, hay casos en que puede estrellarse porque una enfermedad rara, extraordinaria ó muy complicada se presente; pero entónces no hay que reprochar sino los insuperables límites de la ciencia. Los errores emanados de las complicaciones se prevendrán, recordando que en el diagnóstico hacemos entrar el conocimiento del estado de simplicidad ó complexidad de la enfermedad, y para llegar á este fin habrá que hacer un estudio completo del cuadro que se nos presente; se podrá así discernir cuál es la enfermedad principal y cuál la accesoria.

En cuanto á la fuente de donde broten los elementos del diagnóstico, quiero de-

cir, el estudio de los síntomas y signos, ó sea la semiotecnía y la semiología, no me ocuparé, como ántes dije, sino de aquellos fenómenos con que se nos manifiestan mas ordinariamente las enfermedades del pulmon.

Todo el mundo reconoce el poderoso auxilio que presta el conocimiento del hábito exterior del cuerpo; es decir, ese conjunto que impresiona desde el primer momento los sentidos del médico práctico, poniéndolo en la vía del diagnóstico: no es un motivo infalible de juzgar, suele inducir á errores; pero esto solo sucede cuando el médico procede con excesiva ligereza, confiado en su propio mérito, sin rectificar ni fundar sus primeras impresiones por un exámen y estudio prolijos, cual lo requiere todo aquel que se entrega en manos del hombre de la ciencia para que le alivie sus padecimientos. Pero las mas veces, por el contrario, ese simple aspecto permite salvar grandes rodeos y conduce rectamente al órgano y funcion estigmados por la enfermedad; evita errores crasos en que es posible caer por solo el interrogatorio. Enfermos hay que por mera liviandad contestan afirmativamente, y el médico que en su exámen procede buscando tal ó cual enfermedad, necesariamente sufrirá terribles decepciones si por sí mismo no se ilustra confrontando siempre la impresion que haya dejado en él el hábito exterior del cuerpo y los medios físicos de exploracion. Ambos serán á la vez que la brújula que marque el horizonte, el crisol que depure la verdad. Dicho hábito es difícil de pintar y describir en teoría; pero la visita diaria de los enfermos lo enseña y facilita. Por lo mismo, expondré rápidamente los caractéres mas generales, reservando los propios de cada enfermedad para cuando trate de dichas afecciones en especial. El facies expansivo es uno de los signos mas ordinarios de los padecimientos pulmonares; parece, como dice Racle, que el aparato respiratorio de la cara, que funciona de una manera sinérgica con el tórax y el diafragma, entra en juego en las enfermedades del pecho tan luego como hay insuficiencia de los esfuerzos musculares ordinarios para el mantenimiento de la respiracion. Los esfínteres y músculos circunvecinos se dilatan como para dar mas libre acceso al aire, y de ahí esa cara expansiva.

La aceleracion de la respiracion y movimientos de elevacion del tórax, son la expresion de la diminucion en la extension de la hematósis. Dicha menor extension es reemplazada por los actos repetidos del cambio de aire.

El decúbito, aunque variable y dependiente de cada afeccion especial, no por esto pierde su valor. Esa posicion de asiento al borde de la cama, con los piés caidos, sin poderse acostar porque viene la asfixia, es tan característica, que cuando se presenta en los enfermos del corazon, puede asegurarse que hay complicacion por parte del pulmon.

La congestion malar, desde tiempos remotos, se ha dado no solo como signo de padecimiento pulmonar, sino aun indicando el lado afectado. Las observaciones de Gubler, se nos dice, confirman este signo sin que dejen de presentarse algunas excepciones comunes á toda regla, y que en el presente caso han sido señaladas por Jaccoud.

Los tipos de las afecciones agudas inflamatorias, los de las asfixiantes agudas ó crónicas, los de las afecciones orgánicas, pueden por sus solas denominaciones deducirse. Los límites de este trabajo no me permiten entrar en mas desarrollos.

Paso, pues, al estudio de las otras manifestaciones, que como se sabe, pueden ser generales ó locales, y entre estas últimas, las unas orgánicas, las otras funcionales. La excelencia de las manifestaciones orgánicas, ó sean del órden físico, hará que principie por ellas, y siguiendo el órden natural, lo primero que hiere nuestros sentidos al examinar á un enfermo del pulmon, es la conformacion exterior del tórax. Para poder apreciar pequeñas diferencias, conviene ante todo colocar al paciente en una posicion muy simétrica. La forma del pecho puede encontrarse cambiada ya total, ya parcialmente, y en uno ú otro caso consistir esta alteracion en un abultamiento ó en una depresion. Si lo primero, es decir, el pecho abultado en toda su extension, amplificado, esto no puede ser mas que la expresion de una lesion pulmonar extensa y comun á ambos órganos, dando ella misma por resultado el aumento de volúmen, ó bien la interposicion de algun cuerpo extraño ampliamente derramado entre dicho órgano respiratorio y la piel. Esto es: hay, ó un efisema, ó un hidrotórax ó neumotórax dobles; ó una congestion pulmonar; ó, en fin, una lesion de las paredes del pecho. El mas ligero exámen subsecuente, ó la relacion que se tuviese del paciente, bastarian para distinguir enfermedades tan diversas. La neumonía, se nos dice, produce tambien á veces la dilatacion del tórax, y en el caso de que fuese doble, nos pondria en la

categoría expuesta; pero esta dilatacion, que creo puede referirse á la de por congestion, debe ser poco marcada; nunca me ha sorprendido á primera vista en los enfermos que he observado, ni recuerdo haberla oido señalar por mis maestros. En el caso de que esta misma deformacion solo ocupase un lado, la base ó algun punto limitado de un pulmon, el raciocinio seria el mismo, auxiliando mas aún para el diagnóstico especial la consideracion del lugar. Mas si este fuese el hipocondrio derecho, la presencia del hígado en ese sitio deberia tenerse en cuenta, porque una de sus enfermedades mas frecuentes, la hepatítis simple ó supurada, produce el mismo abultamiento. Mas de una vez ha tenido lugar este error en Clínica; creerse en una hepatítis adonde habia un derrame pleurítico que comprimia el hígado y lo hacia desbordar las costillas. Importa tambien no tomar por una dilatacion lo que está al estado fisiológico, cuando el lado opuesto es el sitio de una depresion ó vice versa. La dilatacion de que he venido hablando, pudiera ser simulada por solo la falta de accion de los músculos respectivos, como sucede en la pleurodinia, las neuralgías, las hemiplégias. El dolor ó la parálisis, determinan la inmovilidad; pero el exámen comparativo de ambos lados, por la mesuracion y los otros signos, descubrirán fácilmente que la dilatacion es aparente, y mostrarán la enfermedad esencial. Las gibas formadas por las hernias del pulmon, son bastante características por sí mismas para que no merezcan detenernos. Las lesiones de los órganos circulatorios, deforman y hacen ángulos salientes en el armazon toráxico con mas frecuencia que los padecimientos pulmonares; pero su sitio es siempre al nivel del corazon ó vasos, y la palpacion ó auscultacion prueban la realidad. En el presente año ha ocupado la cama número 13 de medicina de mujeres, la llamada Josefa López, que presenta hácia el borde izqierdo y pieza superior del esternon, un notable tumor alargado en el sentido de dicho borde y de superficie convexa muy saliente, formada por las costillas que presentan un arco exajerado al nivel de su articulacion condro-costal, y contrastan notablemente con el lado opuesto, que se ve como hundido; pues bien, el mas ligero exámen y la aplicacion de un dedo al nivel de esa deformacion, nos ha bastado á los ménos imbuidos en las ciencias médicas para diagnosticar allí un tumor aneurismal. Las deformaciones de la caja toráxica por raquitismo son tan características por sí mismas, se acompañan de tales modificaciones en los otros huesos del esqueleto, que en vano querrian hacerse tomar como resultado de una lesion pulmonar. La depresion de las paredes del pecho es la expresion del estado anatómico opuesto al anterior; pero esto no quiere decir que lo sea de enfermedades contrarias; una misma, la pleuresía en sus diversas fases, nos presenta estos dos estados. La reabsorcion de un derrame cuando el pulmon ha contraido adherencias, desgraciadamente no puede hacerse mas que á expensas de este hundimiento. En la tísis pulmonar, la depresion costal es el resultado de las cavernas ó de las vesículas obliteradas al rededor de las masas tuberculosas. Los tumores, las perforaciones, heridas y fístulas, son bastante raros y se revelan por signos manifiestos al exterior. Las deformaciones congénitas del tórax, no estando acompañadas de ninguno de los fenómenos ordinarios de las afecciones pulmonares, nunca inducirán á error. En el número 22 de la sala de Clínica interna, ha sucumbido un enfermo, tipo de alcoholismo crónico, el cual llamaba la atencion por la forma saliente hácia adelante de su pecho. Parecia que llevaba una quilla al nivel de la parte inferior del hueso plano del esternon, costillas y cartílagos correspondientes; el externon estaba incurvado como si hubiese sido fracturado, y sin embargo, la perfecta simetría que allí existia, el sitio y la carencia de todo trastorno pulmonar correspondiente, hacian desde luego suponer lo que el conmemorativo aseguraba, que se trataba de una heteromorfia individual congénita que no debia extraviar al clínico, pues estaba sabiamente relacionado por la naturaleza con la estructura y ejercicio regular del órgano funcional correspondiente.

En cuanto á los movimientos anormales del tórax, he indicado que la falta de su relacion ordinaria con los de la circulacion, que es 1 á 4, debe hacer sospechar un padecimiento pulmonar; asimismo, la respiracion costal en el hombre, la diafragmática en la mujer, no siendo las fisiológicas, obligan á poner en guardia al médico, pues á excepcion de algunas enfermedades abdominales en que podria presentarse, casi siempre expresan sufrimiento del aparato respiratorio.

La palpacion, es decir, esa suave presion armada de la inteligencia y la reflexion, como la llama Bouchut, aplicada al pecho, viene las mas veces á rectificar las impresiones que la inspeccion ha hecho nacer. Apreciando la forma y movimientos del tórax, el estado de los músculos y espacios intercostales desvanece ó rectifica

nuestros primeros juicios. Para la mejor observacion, deberá ponerse la region á desnudo en cuanto no se ofenda al pudor, y en caso contrario, cubrir solamente con un lienzo suave y delgado. Los músculos deberán estar en relajamiento y las posiciones serán varias: en fin, se observarán las reglas generales á este modo de exploracion. Podrá apreciarse así cierto grado de tension y separacion exajerada de las costillas que traslucirá un cuerpo mas voluminoso y resistente que el pulmon al estado sano; será las mas veces un derrame, pero en algunos otros una neumonía, una infiltracion tuberculosa. La fluctuacion sentida al nivel de los espacios intercostales en los casos de hidrotórax, vendrá inmediatamente en auxilio para elucidar el diagnóstico; pero para percibir dicha fluctuacion, se necesita un tacto delicado, educado, y el exámen comparativo con el lado sano es indispensable aquí, como en todos los otros casos. En vano he buscado esta sensacion de fluctuacion sin preocupacion; es decir, ántes de haber sido señalada por nuestro maestro de Clínica en varios de los enfermos con derrame pleurítico que se han presentado en el hospital. La palpacion, aplicada á la apreciacion de los fenómenos producidos por la palabra, nos da signos muy útiles y á veces aun los solos de que podemos disponer para basar un diagnóstico. Tal es el caso de ciertas neumonías ó pleuresías en los ancianos. La vibracion que la palabra produce en el pecho del individuo sano, y que la mano ahí aplicada siente, deja de ser perceptible cuando un fluido interpuesto hace su trasmision imperfecta: por el contrario, se exajera cuando un sólido endurecido la comunica mejor. Es, pues, claro, que si dicha vibracion falta, hay un líquido ó gas interpuesto, se trata de un hidrotórax, neumotórax ó enfisema. En el caso contrario, el cuerpo endurecido será el pulmon hepatizado ó infiltrado de tubérculos. En los casos de hidroneumotórax, Beau dice, apreciarse por la palpacion una sensacion de oleada al practicar la sucusion. No recuerdo haber visto, ni podido apreciar este fenómeno en los enfermos, que tanto en la sala de Clínica como en la de medicina de mujeres se nos han presentado este año en el hospital con dicha afeccion: pero este signo es poco ó nada necesario al lado de los otros tan característicos de dicha enfermedad, y que perfectamente se nos han fijado en los enfermos referidos.

En cuanto á la mesuracion aplicada al diagnóstico de las enfermedades pulmonares, es un medio imperfecto por sí solo, pues que los continuos movimientos de la respiracion, y las gibas y depresiones parciales, están fuera de su dominio. Mas en casos de dilatacion extendida á todo un lado, ó cuando se aplica á la mesuracion de la circunferencia completa del tórax, ó á sus diámetros; y, en fin, ayudada de los otros medios, no debe despreciarse. Se tendrán siempre presentes las heteremorfías fisiológicas, para no tomar estas por resultados patológicos. Woillez ha señalado el lado derecho como 1 á 3 centímetros mas extenso que el izquierdo; pero hay individuos en quienes son ambos iguales, y aun puede el izquierdo, por excepcion, exceder al derecho. En una enferma tuberculosa, que llevaba un piotórax dependiente de una fístula brónquica, y que ocupó la cama número 10, en el mes de Julio, en el servicio de medicina, este año, he podido, con una simple medida de sastre, llevada horizontalmente del apéndice xifoide á las apófises espinales vertebrales, apreciar un exceso relativo de 6 centímetros en la semicircunferencia del lado derecho. Este signo, que la simple inspeccion indicaba, hizo formar el diagnóstico que los otros fenómenos apoyaban y que la autopsia confirmó satisfactoriamente. Otro caso, muy semejante al anterior, se presentó en un enfermito de la sala de Clínica, en la cama número 14. La diferencia en los diámetros se aprecia con el compas de espesor de Chomel, ó el cirtómetro de Woillez. Este último indica, ademas, las deformaciones del pecho y el aumento ó diminucion en la circunferencia, la cual parece sigue cierta relacion con la marcha de las enfermedades agudas, pero ambos instrumentos siendo especiales, su uso no está generalizado; jamas los he visto emplear, y por lo mismo no me ocuparé mas de ellos. Otro aparato, que puede tambien considerarse como de mesuracion, es el expirómetro; con él se mide la cantidad de aire expirado y se deduce de aquí la capacidad del pecho; pero su uso demuestra tan solo la existencia de una afeccion pulmonar sin especificarla; necesita conocerse anticipadamente la capacidad pulmonar individual: en fin, es un aparato bromoso y quizá solo aplicable en establecimientos públicos. No merece, pues, detenernos.

Réstame tratar de la percusion y auscultacion, medios ambos físicos de exploracion que prestan inmensos auxilios á las ciencias médicas encaminándolas á la precision y rigor de las llamadas exactas. Por dichos medios, en efecto, se ven y limitan en algun modo las lesiones; ellos nos resuelven el desideratum de tantos

siglos; la trasparencia de las cubiertas del cuerpo en ciertos puntos, nos hace colegir hechos que pueden ser reducidos á fórmulas generales, constituir los axiomas en la patología, y como dice Trousseau, permite rivalizar en precision la medicina y cirujía, poniendo á cielo descubierto la extension y alteraciones de los órganos afectados. Si el arte de curar ha quedado estacionario á pesar de estos descubrimientos, no por esto ellos han dejado de ser fecundos en la ciencia del diagnóstico que han podido elevar á una precision maravillosa, sacándole de ese caos é incertidumbre en que se hallaba cuando la patología no tenia en cuenta mas que los síntomas funcionales. Hoy, las deducciones que estos nos hacen formar, toman gran fuerza, rectificadas por los fenómenos físicos. En el número 24 de la sala de medicina de mujeres, he tenido ocasion de ver al Sr. Lavista diagnosticar por solo un golpe, bajo la clavícula izquierda, una caverna pulmonar con mas seguridad y aplomo que las mas insignificantes afecciones cerebrales, aun despues de largos y escrupulosos exámenes. En dicho número, en efecto, ha estado una mujer, que hecha presa de la tuberculizacion pulmonar, lleva en la cúspide del pulmon izquierdo, una gran caverna que da á la percusion un sonido clásico de olla rajada. Varios de mis condiscípulos de Clínica de obstetricia han podido apreciarlo á toda satisfaccion, en compañía de nuestro complaciente maestro el Sr. Rodriguez. Pero desgraciadamente la percusion no tiene siempre bajo su dominio signos de tanto valor, y necesita del auxilio de la auscultacion. Ambas se prestan mutuo apoyo. ¡Cuántas veces en Clínica se han presentado enfermos, cuyo pulmon auscultado solo revela una respiracion débil durante la inspiracion! ¿y cómo saber si esto es debido á una impermeabilidad del parenquima pulmonar, ó á la imperfecta retraccion de las vesículas pulmonares, á causa de su excesiva dilatacion? Quiero decir, ¿cómo diferenciar entónces mas sencillamente un enfisema de una infiltracion tuberculosa, derrame pleurítico, &c., sino por la percusion? Y tambien, por el contrario, á toda hora vemos, al examinar á los enfermos, que un sonido oscuro al nivel de la base de uno de los pulmones, nos deja por sí solo en la incertidumbre, de si se trata de falsas membranas, ó de un líquido interpuesto en pequeña cantidad en las hojas pleurales, ó de un endurecimiento pulmonar, &c., y nada tan fácil y prontamente como la auscultacion nos asegura la existencia de una pleuresía ó de una neumonía, &c. Otros muchos ejemplos análogos pudiera citar; pero todos ellos resaltan por la exposicion de los cambios de fuerza y carácter que el sonido dado por los pulmones á la percusion presenta en el estado patológico. Para poder apreciar todos los cambios, importa, previas las reglas ordinarias de solidez y comodidad en las posiciones del paciente y médico, tanto en lo general como muy particularmente en el órgano enfermo, examinar siempre comparativamente ambos lados, y recordar que la resonancia natural del tórax sano, no es la misma en todos los puntos; así, se percibe muy intensa en la parte postero-inferior, ménos hácia adelante y arriba; se hace oscura al nivel del escápulo. El espesor de las paredes del pecho tiene una influencia marcada en dicha sonoridad aun al estado normal. Solo un grande hábil clínico, ó la comparacion cuando un solo pulmon esté afectado, podrán enseñar el grado de resonancia de que me ocupo. El aumento de la sonoridad puede presentarse bajo la forma de sonido claro ó de sonido timpánico.

El primero de estos ruidos, cuando no es debido á un enflaquecimiento, expresa las mas veces un enfisema pulmonar: pero, como se comprende, puede tambien producirlo una caverna ó dilatacion brónquica en los casos excepcionales en que estén completamente llenas de aire, y el parenquima pulmonar no esté endurecido; un derrame en la pleura arriba del nivel del líquido; en la neumonía fuera de los límites de su invasion: en fin, en una hernia ó un enfisema sub-cutáneo. La percusion misma por la extension del ruido anómalo, su sitio, la sonoridad en otros puntos, podrá frecuentemente distinguir estas afecciones entre sí, y en casos mas extremos, con la ayuda de los otros síntomas ó signos, y muy particularmente por la auscultacion.

El sonido timpánico es raro; es la expresion del neumotórax, é importa cuidarse de no tomarlo como resultando del pulmon cuando solo dependa de la extension del estómago, que suele, lleno de gases, empujar el diafragma y colocarse en los límites ordinarios del pulmon.

La diminucion en la sonoridad, se distingue en sonido oscuro y macizo. La oscuridad viene frecuentemente á causa del engurgitamiento pulmonar, por congestion activa ó pasiva, á causa de la infiltracion de su parenquima por materia tuberculosa ó cancerosa, á causa de pequeños derrames ó seudo-membranas en la

pleura: en fin, á veces por dilatacion brónquica ó afecciones de las paredes toráxicas. Los otros signos auxiliares ántes dichos, son aquí igualmente aplicables.

El sonido macizo depende de una induracion considerable del pulmon, ó un derrame abundante en la pleura; esto es, de una neumonía en el período de hepatizacion, de tubérculos muy numerosos, de hidrotórax, piotórax, hemato–tórax, y en casos raros, de tumores de las paredes toráxicas.

Los otros ruidos que la percusion suministra, son: el llamado hidroaérico y el de olla rajada. Ambos dependientes generalmente de cavernas superficiales y de paredes blandas; el primero, cuando contienen, como su nombre lo indica, aire y líquido: el segundo, cuando son mas amplias y solo llenas de aire. El ruido hidro–aérico, se dice hallarse á veces en el hidroneumotórax, y aun en el hidrotórax.

La percusion usada, siendo la mediata, y valiéndonos del intermedio del dedo que es el mejor plesímetro, se percibe tambien al percutir cierto grado de elasticidad pulmonar, cuyas modificaciones patológicas nos ayudan para consolidar el diagnóstico. El neumotórax, el enfisema, la bronquítis capilar, las grandes cavernas, aumentan el grado de elasticidad; la neumonía, los derrames pleuríticos, la tuberculizacion, la disminuyen ó suprimen. En todos casos, para demostrarla, debe percutirse con lentitud y fuerza.

El estudio de la auscultacion aplicada al pulmon, grande ya en su cuna y fértil en su nacimiento, presenta hoy un dominio grandioso. No me ocuparé de él, sino de la manera mas concisa posible. Las reglas generales y especiales del órgano que deben regir á su aplicacion para sacar de ella todo el fruto requerido, son bien conocidas por todos, pues que su práctica es diaria y repetida. Básteme solo recordar que debe siempre anteponerse la accion de los sentidos á la de la mente; es decir, no juzgar de las enfermedades y preocuparse con lo que debe oirse ántes de auscultar. Consagrándose uno siempre á escuchar fielmente lo que se presente para en seguida apreciar el fenómeno recogido, se evitarán mil errores en que incurren aun los mas prácticos. La exajeracion normal de la respiracion en la expiracion del lado derecho, no se tomará nunca por fenómeno patológico, pero la predominancia inversa tiene un gran valor. Cuando los fenómenos sonoros sean poco distintos, podrá usarse el artificio de exigir del enfermo respiraciones mas exajeradas ó repetidas, á fin de que por la penetracion mas profunda del aire, ó su paso mas veloz en el árbol aéreo, resalten dichos ruidos, y cuando el enfermo no sepa ó pueda por su voluntad modificar dichos actos, como se presenta el caso frecuentemente, podrá hacérsele toser ó hablar, con el fin de percibir las amplias inspiraciones que preceden y siguen á esos actos. Admitamos, en efecto, de una vez, con Barth y Roger para toda interpretacion en los fenómenos de auscultacion, que el paso del aire en las vías aéreas inferiores produce ahí un ruido, y que este es muy probablemente debido á causas múltiplas. Estas causas son: el desplegamiento de las vesículas pulmonares y paso del aire de la parte estrechada de las raicecillas brónquicas en las ámpulas terminales; la infinidad de aristas ó espolones que el árbol brónquico ofrece, y sobre los que viene á dividirse el aire que entra; el calibre diferente de las raicecillas brónqnicas en la retraccion y expansion pulmonar; la estructura vez á vez cartilaginosa y membranosa de los tubos aéreos. Los obstáculos al paso del aire, dependientes de las aristas y retraccion pulmonar, existiendo solo durante la inspiracion; esto explica por qué su ruido correspondiente es mas fuerte y largo que el de la expiracion, durante la cual el aire se escapa mas pronta y fácilmente.

En cuanto á las modificaciones patológicas que sufre el sonido respiratorio polas numerosas y variadas lesiones pulmonares, tomaré el siguiente cuadro de Barth y Roger, el cual, por un solo golpe de vista, hará comprender todas sus variedades de una manera clara y ordenada, á la vez que guiará al clínico en su investir gacion práctica, pues que percibida ó dada tal ó cual alteracion, se hallará rectamente su lugar é interpretacion significativa. (Vease la tabla siguiente:)

## CUADRO DE LAS ALTERACIONES DEL RUIDO RESPIRATORIO.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *I. En su intensidad* | | | Respiracion fuerte. | |
| | | | ,, débil. | |
| | | | ,, nula. | |
| *II. En su ritmo* | Frecuencia | | Respiracion frecuente. | |
| | | | ,, rara. | |
| | Continuidad | | Respiracion interrumpida. | |
| | Duracion | | Respiracion larga. | |
| | | | ,, corta. | |
| | | | Expiracion prolongada. | |
| *III. En sus caractéres* | | | Respiracion ruda. | |
| | | | ,, brónquica. | |
| | | | ,, cavernosa. | |
| | | | ,, anfórica. | |
| *IV. Por ruidos anómalos* | Primer género. Ruidos de frotamiento | | Frotamiento pleural. | |
| | Segundo género. Estertores | Primer grupo. Estertores secos (vibrantes.) | Estertor sonoro | silbante |
| | | | | ronco. |
| | | Segundo grupo. Estertores húmedos (vesiculosos.) | Estertor crepitante. | |
| | | | ,, subcrepitante | fino, medio, de gruesas burbujas. |
| | | | ,, cavernoso. | |
| Apéndice | | | Chasquidos. | |
| | | | Rozamiento pulmonar. | |

La intensidad de la respiracion dependiendo de la rapidez y abundancia del aire que llega á las vesículas, toda alteracion que cambie las relaciones normales en dicha velocidad y cantidad, se nos revelará por el aumento ó diminucion en la intensidad, pero el último grado de esta podrá ser la nada, es decir, la respiracion nula. La cantidad de aire necesaria para la vida debiendo ser una determinada, su mayor proporcion en un punto será la consecuencia de su diminucion en otro; así, pues, la respiracion fuerte, ó mejor dicho, la suplementaria, cuando se oye en un punto limitado del aparato respiratorio, con su carácter suave y ritmo normal conservados, indica una lesion en otro punto, y hé aquí todo su signitficado.

La respiracion débil, por el contrario, expresa un padecimiento en su sitio mismo y por sí solo no podrá las mas veces decidir cuál sea este. Toda impermeabilidad ó falta de accion de las vesísulas pulmonares, sea por infiltracion tuberculosa ó cancerosa en su parenquima, ó por compresion debida á un cuerpo extraño, ó en fin, por un obstáculo propio ó mas ó ménos lejano de las últimas ramificaciones brónquicas, pero que impida el acceso del aire; en todas circunstancias, la respiracion será débil si dicha alteracion está en pequeño grado, nula si está llevada mas allá. Pero no es esto solo; los líquidos, gases ó sólidos anormalmente interpuestos entre nuestro oido y el pulmon, encubren ó velan tambien dicho ruido; luego la respiracion débil es signo de infiltracion tuberculosa, neumonía incipiente, enfisema, estrechamiento, obliteracion ó compresion de los brónquios, pequeño derrame ó seudo-menbranas en la pleura.

La falta de respiracion será las mas veces el resultado de un derrame abundante, pues la infiltracion tuberculosa no solo apaga el murmullo vesicular, sino que produce ruidos anómalos. Las otras afecciones, como obliteracion brónquica, esplenizacion, son bastante raras. En un enfermo que ocupó la cama número 11 de Clínica el año pasado, hemos visto un aneurisma del cayado aórtico comprimir el brónquio izquierdo y debilitar la respiracion en dicho lado: este signo sirvió al Sr. Jimenez (M.) para diagnosticar dicha compresion que la necropsía rectificó. Afecciones nerviosas, la falta de accion de los músculos respiratorios, como en la pleurodinia, por el dolor, pueden suprimir la accion de algunas vesículas y producir el fenómeno en cuestion.

El grado de frecuencia en la respiracion, como signo diagnóstico, ha sido considerado ya al hablar de la inspeccion, y solo hago mencion de él aquí, porque se acompaña y aprecia con las otras modificaciones de que me estoy ocupando; pero su valor siempre será el mismo.

La respiracion interrumpida ó entrecortada, es raro se presente; suele venir en las enfermedades espasmódicas, en la pleurodinia; es mas frecuente en las pleuresías con adherencias, sobre todo, en las que tienen lugar en los tuberculosos. He tenido ocasion de verla en un enfermito de San Andrés, afectado de una laringítis crónica, y quizá de alguna obstruccion en los brónquios del lado derecho. Estaba sumamente comprometida su respiracion, parecia que faltaba en ciertos instantes, y era muy notable la depresion costal en el lado correspondiente: se veian en él los poderosos é irregulares esfuerzos que hacian los músculos todos de esa region para no permitir la completa suspension de la respiracion. La traqueotomía oportunamente practicada por el Sr. Liceaga, logró salvarlo, é inmediatamente que la operacion tuvo lugar, el libre juego de la respiracion volvió.

La respiracion larga ó corta cuando esta modificacion versa sobre sus dos tiempos, no tiene importancia para el diagnóstico; las otras modificaciones que le acompañan, han sido ya consideradas; pero no sucede lo mismo cuando es uno de los tiempos el que está prolongado únicamente y es, sobre todo, la espiracion la que debe fijar la atencion. Este punto ha sido el objeto de minuciosos trabajos de Fournet y ha tomado grande importancia para el diagnóstico de la tísis pulmonar en su primer período; es en efecto el primero ó solo signo físico de la tuberculizacion cuando se percibe con certeza en la cúspide del pulmon solamente, y sobre todo, del lado izquierdo. Extendida á todo el pulmon, es las mas veces dependiente de enfisema, lo cual se confirma por los otros signos. La explicacion mas satisfactoria que tenemos de dicha espiracion prolongada, es la de Barth y Roger que supone: que el obstáculo anormal que deben presentar los tubérculos infiltrados para la salida del aire, aumenta el frotamiento, de donde resulta exajeracion en la fuerza y mayor duracion del ruido espiratorio, pues al estado normal la espiracion se hace sin ningun obstáculo, y en consecuencia, no produce mas que un ruido corto y débil.

La respiracion ruda presenta todos las grados intermedios entre la normal y la

brónquica, y á veces, en efecto, precede á esta, á veces queda á su consecuencia, á veces, en fin, está estacionaria. Puede acompañar á los dos ruidos, pero las mas veces se hace oir solo durante la espiracion. Es debida á una diminucion en la flexibilidad de los brónquios, sea por su estado de sequedad, sea por la acumulacion de moco en su superficie, sea, en fin, por producciones morbosas del pulmon. Indica, pues, segun los casos y teniendo cuenta de los fenómenos que existen al mismo tiempo que ella, ó el primer grado de la bronquítis ó un principio de efisema, ó la tísis pulmonar al comenzar, ó á veces el estado hiperémico que precede á la neumonía franca; en resúmen, es el fenómeno incipiente de varias afecciones.

La respiracion brónquica, llamada tambien soplo tubario ó brónquico, es bastante frecuente y su significacion muy interesante. Se presenta ordinariamente en los dos tiempos de la respiracion, pero es mas marcada frecuentemente en el segundo; en este tiempo tambien es en el que comienza á manifestarse y en el que persiste mayor tiempo. Presenta analogía, y pudiera confundirse con la respiracion ruda ó el soplo cavernoso, que son, por decirlo así, sus eslabones inmediatos en esta cadena de ruidos que altera el carácter de la respiracion; pero la primera confusion, solo tendrá lugar cuando el soplo no ha llegado á su máximum, pues cuando lo adquiere tiene un timbre característico, y ántes su significacion, aun en caso de confusion, seria próximamente la misma. El carácter hueco y los estertores distinguen el soplo cavernoso. La causa del brónquico es el aumento de densidad del pulmon, la induracion de su tejido y compresion de las partes ménos resistentes, conservándose el calibre de los brónquios. En circunstancias tales, el murmullo respiratorio falta, solo se percibe el ruido de los brónquios, reforzado quizá por paredes de mayor dureza que vibran mas y que trasmiten mejor el sonido. Puede oirse en muchas enfermedades, ya del parenquima pulmonar, ya de los brónquios ó pleuras. En primer lugar, se cuenta la neumonía, la tísis pulmonar, los derrames de líquidos en las pleuras; pero se puede encontrar tambien con muchas variedades de timbre, fuerza y carácter, segun las condiciones que lo desarrollan en las apoplejías, cáncer, edema, dilatacion brónquica, en fin, tumores tales, como aneurismas ú otros. Sus variedades propias, así como los otros síntomas y signos permitirán distinguir dichas enfermedades entre sí.

En cuanto á los soplos cavernoso y anfórico, ambos son la expresion de una vasta cavidad llena de aire y comunicando con los brónquios; pero el segundo es un grado mucho mas avanzado del primero: puede aún tener lugar en la pleura. El eco del sonido que produce la columna de aire inspirada y espirada en escavaciones de una cierta extension, es lo que forma el fenómeno. El soplo anfórico tiene un timbre metálico, sonoro, va acompañado casi siempre del retintin metálico. Dicho soplo indica una caverna pulmonar amplia, mucho mas en caso de soplo anfórico y comunicando frecuentemente con la pleura. Estas cavernas casi siempre son el resultado de la tuberculizacion; pero á veces, y en los casos rarísimos en que no residen en las cúspides de los pulmones, podrán depender de abscesos simples ó hidáticos, gangrenosos, cancerosos ó dilatacion brónquica. La mujer que he citado como tipo para el sonido de olla rajada, lo es igualmente para el soplo cavernoso; se escucha un ruido en la cúspide de su pulmon, enteramente igual al que se obtiene inspirando y espirando entre las manos reunidas en cavidad. Lo que la percusion prueba en ella, la auscultacion lo asegura. El soplo anfórico se ha presentado tan marcado en un enfermo que tuve á principios de año en la sala mixta, y cuya historia presenté á la Sociedad filoiátrica, que permitió formar un diagnóstico seguro en un caso en que muchos otros padecimientos quizá habrian quedado desconocidos. Se trataba de un militar de edad madura, que falto completamente de oido, fué recibido en el hospital, como frecuentemente sucede, sin tomarse pormenor alguno de sus deudos sobre sus sufrimientos. Presentaba una cicatriz sobre el cuarto espacio intercostal, cerca del borde derecho del esternon; decia que habia sido herido hacia tiempo y reclamaba la atencion hácia dicho lugar. El Sr. Jimenez (L.) rectificó los signos tan característicos que la auscultacion suministraba: soplo anfórico, retintin metálico, y pudo formularse el siguiente diagnóstico: hidro–neumo–tórax dependiente de fístula pleuro–brónquica causada por tuberculizacion pulmonar. Dicho enfermo salió del hospital y faltó por consiguiente la autopsia, pero el conjunto de los síntomas era tal, y los signos físicos de tanto valor, que creo puede admitirse, sin temor de equivocarse, este diagnóstico con mas certeza que el de otras muchas enfermedades, aun despues de practicada la inspeccion cadavérica.

Los ruidos anómalos, como lo indica la tabla, son de dos géneros: los unos, cuyo sitio está en la superficie pulmonar ó cavidad pleural; los otros en el interior de las vías respiratorias. Los primeros son los frotamientos pleurales, los segundos, los estertores.

La significacion del frotamiento es bien sencilla; dependiente de asperezas en las pleuras, es en la mayor parte de los casos el resultado de seudo–membranas que se rozan al principio ó fin de la pleuresía; pero pudiera tambien depender de tubérculos depositados en el tejido celular subpleural, ó de otras alteraciones orgánicas de esa membrana, y segun algunos, del enfisema pulmonar. Dicho frotamiento puede ser suave ó rudo en relacion con su causa. Se confunde á veces con los chasquidos húmedos. Así, en un enfermo que ha ocupado el número 32 de Clínica, no se ha podido distinguir, el dia de su entrada al hospital, si el ruido que se percibia en la cúspide del pulmon izquierdo hácia atras, era un frotamiento pleural ó chasquidos; pero el sitio de la lesion inclinó al diagnóstico, rectificado en los dias siguientes, á saber: tísis pulmonar. La distincion entre el frotamiento y el estertor subcrepitante, presenta grandes dificultades; su significacion se deduce entónces, mas bien de los otros signos, que de sus caractéres propios.

Los estertores, que forman el segundo género de los ruidos anómalos, son muy comunes. Para comprender la necesidad de su conocimiento, baste recordar que son el fenómeno ordinario de la bronquítis, enfermedad quizá la mas comun, sea como entidad morbosa ó como complicacion. Acompañan tambien á la neumonía, tísis, &c. La clasificacion admitida de dichos estertores, tiene por base fundamental las sensaciones percibidas, porque es la que mas facilita el estudio clínico, y la que Laenec admite, y Barth y Roger ha modificado ligeramente, prefiriéndola á la de Andral, fundada en el sitio del fenómeno, y mejor quizá en teoría, pero ménos fecunda en el terreno práctico.

El estertor sonoro, cuya subdivision en silbante y ronco está fundada en su grado de agudeza ó gravedad, es debido á las vibraciones que el aire sufre por las cuerdas ó pliegues que las mucosidades brónquicas, hechas abundantes y viscosas, producen en los tubos aéreos. Determinan variedades múltiplas en el estertor sonoro, que parece tambien depender del calibre de los tubos. Las variedades que pueden sufrir las secreciones, dan cuenta de las diferencias de sitio de dichos estertores; explicacion mas general que la de la dilatacion admitida por Laenec. Los estertores sonoros son signo comun de bronquítis; pero existen tambien en el enfisema y compresion brónquica.

El estertor crepitante tiene un interes capital, porque es considerado como el signo patonogmónico de la neumonía. Aunque para algunos existe en las congestiones activas ó pasivas, y en los derrames hemoptoicos, para Grisolle, el que viene en dichas enfermedades, es subcrepitante; miéntras que el que llama él propiamente crepitante y que es característico de la neumonía, porque solo se presenta en dicha enfermedad, le da por caractéres producir en la oreja la imágen de burbujas muy pequeñas, iguales entre sí, finas, secas, casi siempre numerosas y que no son percibidas mas que durante el tiempo de la inspiracion. Estos caractéres, en efecto, dejan de ser constantes en los estertores que se presentan en las otras enfermedades siempre que se fija escrupulosamente la atencion. Para Beau, dicho estertor depende del desplegamiento de las vesículas, cuya superficie está seca por la flogosis; pero esta explicacion no es admitida por la mayor parte de los autores, y Barth y Roger creen es el resultado del paso del aire en los líquidos contenidos en las vesículas pulmonares. Diré, en fin, que el estertor crepitante es comparado por unos al ruido que da la sal vertida sobre placas metálicas calientes; por otros, al que determina el frotamiento del cabello en el pabellon de la oreja; por Bouchut, al de expansion de una esponja húmeda; en fin, por nuestro distinguido práctico el Sr. Jimenez (M.), al que resulta de la imbibicion del agua en una piedra pómez. Como quiera que sea, basta haberlo oido bien una vez para no olvidarlo nunca.

El estertor subcrepitante, llamado mucoso por Laenec, puede tener su sitio en los gruesos, medios ó pequeños brónquios, dando esto orígen á subdivisiones en fino, medio, y de gruesas burbujas. En todos casos es debido á las vesículas que el aire produce atravesando los líquidos contenidos en los brónquios, y la viscosidad diferente de dichos líquidos determina las variedades en su timbre. Se oye las mas veces en las bronquítis en su segundo período; en el catarro de la mucosa pulmonar; en la dilatacion brónquica con broncorrea; en la hemoptísis, congestion, apoplegía, en fin, en la tísis, al principio de la fusion de los tubércu-

les. El sitio, abundancia de las burbujas, &c., podrán precisar mas el diagnóstico.

El estertor cavernoso, como su nombre lo indica, es el resultado de las escavaciones pulmonares comunicando con los brónquios; pero su carácter esencial y que lo distingue del grueso mucoso, es su mezcla con la respiracion cavernosa. Para su produccion es indispensable que en dichas cavidades se encuentre una mezcla de líquidos y gases, pues cuando uno solo de estos cuerpos existe, dicho estertor falta, porque no se pueden producir las bulas, cuya ruptura estrepitosa es su causa mas inmediata. El estertor subcrepitante que suele presentarse en derredor de las gruesas cavernas, y que es la revelacion de otras mas pequeñas, recibe el nombre de cavernuloso, y su importancia le viene del sitio y fenómenos concomitantes, mas bien que de sus caractéres propios.

En cuanto á los chasquidos y rozamientos pulmonares que figuran como apéndice en la tabla de los ruidos anómalos, no son aún perfectamente conocidos; sin embargo. la significacion de los chasquidos es demasiado importante para no poder abandonarse. Son el signo mas positivo y constante de la presencia de tubérculos llegados al período de reblandecimiento. La explicacion de su produccion es difícil de dar: para Barth y Roger dependen de las burbujas que enjendra la mezcla de la materia tuberculosa al reblandecerse, con la secrecion mucosa de los brónquios. La práctica ha enseñado bien su significacion patológica, y el hecho es real.

Los otros ruidos, tales como el de juego de válvulas, de cuero nuevo, de crujidos, &c., no figuran aún por su existencia ni significacion como hechos adquiridos para la ciencia, á pesar de los asíduos trabajos de Fournet, y por lo mismo no me ocuparé de ellos.

La auscultacion aplicada al estudio de la voz y de la tos, nos revela tambien fenómenos subordinados á las lesiones pulmonares. Su precision é importancia son menores que las de los ruidos pulmonares que nos han ocupado hasta aquí; porque su campo es mas limitado, sus caractéres ménos numerosos y mas confusos: en fin. es indispensable el concurso de la voluntad del enfermo, y en casos graves se fatigará. La autofonía no remediará aún completamente estos inconvenientes, y ademas, dicho ramo de la auscultacion, no ha encontrado aceptacion en la ciencia. A pesar de todo esto, la auscultacion de la voz y de la tos, la primera de estas particularmente, por su reunion con otras circunstancias, ó en casos especiales, prestan utilidad.

Las reglas que preceden á su aplicacion, son las generales de la auscultacion, y ademas, que el enfermo hable con una cierta fuerza é igual intensidad miéntras se exploran los diversos puntos del pecho; así, se recomienda que lea ó cuente. En el hospital es comun dirigirle algunas preguntas miéntras se mantiene aplicada la oreja sobre el tórax, pues no siempre es posible recurrir á los medios aconsejados. La presion moderada y siempre igual de la cabeza sobre el estetoscopio ó pecho, es aquí muy indispensable, porque sus diferentes grados cambian la naturaleza de los ruidos. El uso del estetoscopio es mas indispensable para los ruidos poco extensos, y se recomienda taparse el oido libre.

Tomaré el siguiente cuadro de Barth y Roger, que representa de una manera perfecta todas las alteraciones de la voz y de la tos, y expondré rápidamente, para no cansar la paciencia de mis bondadosos maestros, lo relativo á cada fenómeno.

## CUADRO DE LOS FENÓMENOS PATOLÓGICOS DE LA VOZ Y DE LA TOS.

| | |
|---|---|
| 1º Fenómenos patológicos de la voz............ | Resonancia exajerada.<br>Voz brónquica ó broncofonía.<br>,, de cabra ó egofonía.<br>,, cavernosa ó pectoriloquia.<br>,, anfórica |
| 2º Fenómenos patológicos de la tos............ | Tos brónquica ó tubaria.<br>,, cavernosa.<br>,, anfórica. |
| 3º Fenómenos dados por la respiracion, la voz y la tos.......................................... | Retintin metálico. |
| Apéndice: sucusion hipocrática....... | Ruido de fluctuacion toráxica. |

Para poder apreciar la resonancia exajerada, conviene tener presente, que en el estado normal, la resonancia es tanto mas intensa, cuanto mas próximo está el punto auscultado á los gruesos brónquios, y que en el vértice del pulmon derecho es mas marcada que en el izquierdo. El grado de resonancia y fuerza natural de la voz, así como el espesor y capacidad del tórax, tambien influyen en el fenómeno. La resonancia exajerada de la voz, es, por decirlo así, el grado inferior á la voz brónquica, ambas expresan una densidad ó endurecimiento pulmonares mayores que al estado fisiológico, y las variedades de estas lesiones explican la transicion de la exageracion de la voz á la broncofonía. Esta última depende, pues, de las mismas causas que la respiracion brónquica, y expresa enfermedades idénticas.

La egofonía, es decir, esa resonancia particular de la voz que toma un timbre mas destemplado y se hace mas temblorosa y entrecortada, ha sido explicada, segun Laenec por el aplastamiento de los brónquios que determina la resonancia y la presencia de un líquido en la pleura, que trasmite dicho sonido á traves de una capa delgada y trémula. Una cantidad de líquido es necesaria para la produccion del fenómeno: cuando excede ó falta dicha proporcion no se produce; así, pues, su valor, como signo positivo, es grande, se considera como patognomónico de la pleuresía con derrame, pero como negativo nada vale.

La voz cavernosa ó pectorilóquia, como su nombre lo indica, es la expresion de cavernas, y como estas son casi siempre tuberculosas, tiene su sitio en la cúspide de los pulmones. En varios enfermos de Clínica hemos observado esta alteracion de la voz; parece que las vibraciones vocales están concentradas en un espacio hueco, cuyas paredes devuelven hácia el oido los sonidos mas ó ménos distintamente articulados.

La voz anfórica, comparada á la que se obtiene hablando en el cuello de un cántaro grande, es comun con la respiracion del mismo nombre y tienen igual significado.

Por lo que respecta á ese ramo de la estetoscopia aplicada á la tos, he anunciado ya que su campo es bien corto. Los caractéres de la tos necesitan las mas veces rectificarse por los de la respiracion y la voz. No son fácilmente apreciables; no traen consigo signos propios, no pueden obtenerse en un momento deseado en un niño. Así, pues, la tos se usa mas bien como un medio de provocar la manifestacion de ruidos anómalos, cuyas condiciones físicas existen ya, pues he dicho el servicio que nos presta por las inspiraciones profundas y rápidas que le acompañan. Nos sirve tambien para la mejor apreciacion de los estertores, porque determina el paso mas veloz del aire á traves de los líquidos brónquicos, y en los casos en que un obstáculo momentáneo se opone al paso de dicho fluido y está impidiendo la produccion de ciertos ruidos, quita la causa y puede verificarse el fenómeno que estorbaba. Los fenómenos accesorios y transitorios, debidos á la acumulacion de mucosidades y que á veces pueden hacer incurrir en error, desaparecen por la tos. Ella hace mas evidentes ciertos fenómenos, cuya apreciacion exigiria varias inspiraciones sucesivas y por lo mismo abrevia tiempo. En fin, en los casos tan arduos que enuncié de confusion entre el estertor subcrepitante y el frotamiento pleural, la tos, modificando tras sí el primer ruido y dejando ileso el segundo, puede prestar un buen auxilio. Cuando el enfermo no puede toser, se aconseja suplirla por un profundo suspiro.

Los caractéres y significacion de la tos tubaria, cavernosa ó anfórica, están indicados por su nombre mismo.

El retintin metálico lo definen Barth y Roger, un sonido argentino, único ó múltiple, semejante al que se produce dejando caer uno ó mas granos de arena en una copa metálica. Acompaña la respiracion y la voz; pero en general, es mas manifiesto durante la tos. Lo he percibido en varios enfermos y enfermas de hidro-neumotórax, con fístula brónquica; pero ha sido muy notable en un enfermo de Clínica que ocupó la cama número 10, y que afectado solamente de piotórax, se le practicó la toracentésis y se dejó un tubo de cautchuch permanente. En los muchos dias que sobrevivió, pudimos todos los alumnos percibir dicho fenómeno. Este hecho viene á aumentar la dificultad que hay en querer explicar por un solo fenómeno todos los casos en que se oye ese retintin. Muchas, en efecto, han sido las teorías que se han formado; pero para el diagnóstico, lo mas interesante es conocer su significacion, que felizmente está mejor comprobada. Anuncia la existencia, sea de una caverna pulmonar muy grande, sea un neumotórax, ó lo que es mucho mas comun, un hidro-neumotórax, con ó sin perforacion de los brónquios.

En cuanto al ruido de fluctuacion toráxica que se obtiene por la sucusion, es demasiado característico y casi patonogmónico del hidro–neumotórax, pues excepcional será el caso en que una escavacion pulmonar sea suficientemente ámplia y de paredes bastante adelgazadas para que pueda hacerlo perceptible. Lo he escuchado á toda satisfaccion en la enferma de medicina de mujeres, de que he hablado; y en un niño de Clínica era al grado tal, que cuando le preguntaban lo que tenia, él mismo referia que se le oia agua dentro del pecho.

Como una transicion entre los síntomas del órden físico de que me he ocupado, y los funcionales de que hablaré despues, consideraré el exámen de las materias expectoradas y del aire espirado. Este último, sin embargo, no habiendo dado hasta hoy resultados prácticos, es mas bien objeto de experiencias de laboratorio, que medio de exploracion clínico. Mencionaré, no obstante, el olor del aliento fétido y repugnante en la gangrena pulmonar, de olor de pantano en la tísis al tercer grado, y como ágrio y ácido en la hemoptísis.

Los esputos están formados por materias que provienen de algun punto de las vías respiratorias, y son arrojados por la boca á consecuencia de movimientos y accesos de expetoracion. Para nuestro estudio solo importan los emanados del pulmon, por ser los que interesan al diagnóstico de lás enfermedades de dicho órgano. En un individuo perfectamente bueno y sano, que respira un aire puro, la secrecion de los brónquios no necesita expectoracion, pues aun cuando no esté interrumpida, la exhalacion y absorcion dan cuenta de ella; nada contiene al estado fisiológico que el aire expirado no pueda arrastrar bajo forma de vapor, de manera que no queda ningun residuo que deba ser eliminado por la tos. Mas la enfermedad destruye esta preciosa prerogativa, pues que determina la produccion de un moco anormal que no puede ya ser arrastrado por los procedimientos ordinarios, necesita de la expectoracion. Este es, pues, un signo general de una enfermedad del aparato respiratorio. Dicha enfermedad podrá ser desde las mas graves hasta las mas insignificantes, que solamente son consideradas como molestias y que se hacen sentir comunmente tan solo al despertar; porque la expectoracion no puede tener lugar sin el participio de la voluntad. Un individuo puede toser violentamente durante su sueño, pero no expectorar. El exámen, tanto organoléptico como físico–químico de los esputos, ha llamado vivamente la atencion desde tiempos remotos. Por solo él, los antiguos diagnosticaban la neumonía, &c.; pero no habiéndose podido obtener signos ciertos hasta hoy, á pesar de la aplicacion del microscopio, este estudio ha ido decayendo á medida que la excelencia de la auscultacion, percusion, &c., han ido generalizándose mas y mas. No obstante, aunque disminuido el valor absoluto de los signos dados por los esputos, ellos siempre entran hoy como un elemento de diagnóstico. Frecuentemente en Clínica se presenta el caso de que su exámen guíe al conocimiento de la enfermedad, é igualmente á veces desvanece las falsas ideas que otros síntomas mal apreciados han hecho nacer. Por su reunion con otros fenómenos, constituye signos de gran valor. En los esputos hay que considerar, la materia que los constituye, su color, olor, sabor, forma, consistencia y cantidad. La presencia de moco resulta de una secrecion exajerada de los folículos mucíparos, de una flegmasía de la mucosa brónquica, ó de una caverna de los pulmones; esto es, expresa una broncorrea, bronquítis ó tísis pulmonar. El pus tiene muchos orígenes; á veces es producido por la mucosa inflamada, como en la bronquítis aguda ó crónica; á veces puede estar secretado en una cavidad del parenquima pulmonar, como un absceso ó una caverna tuberculosa: en fin, hácia afuera del pulmon, en la pleura, gánglios brónquicos, riñones é hígado supurados. Como característico de los esputos producidos por los abscesos de hígado abiertos por los brónquios, citaré dos fenómenos importantes sobre que ha llamado la atencion el Sr. Jimenez, á saber: la presencia de los cristales de colesterina, vistos al microscopio, y la glicósis demostrada por los reactivos químicos; estos caractéres han sido encontrados en varios enfermos de Clínica. La demostracion del pus en los esputos y su distincion ó separacion del moco, ha sido el objeto de asíduos estudios, pero nada positivo se ha logrado; por el contrario, se ha concluido que no hay esputos particulares á la tísis. La sangre en los esputos, se encuentra al estado de líneas rojizas mezcladas con moco en la bronquítis, congestion, &c., en cantidad mas considerable é íntimamente mezclada en la neumonía. En otras ecfermedades la sangre es arrojada pura y en proporciones mas ó ménos considerables, á veces tan grandes, que la muerte tiene lugar. Esto se observa á consecuencia de la ruptura de los vasos del pulmon ó de los otros gruesos inmediatos: así en la apoplegía, aneurismas aorticos, &c.;

pero tales pérdidas de sangre se consideran por su importancia y gravedad; como constituyendo una entidad morbosa bajo el nombre de hemoptísis. Los esputos encierran á veces materias tuberculosa, cancerosa, detritus de hidátides, cálculos, cartilagos, escaras de tejido gangrenado, falsas membranas, en fin, sustancias exteriores inspiradas, tales como negro de humo, &c. Se comprende la causa y significado de todos estos cuerpos extraños. El color de los esputos ofrece muchas variedades. Pueden ser blancos, amarillos, verdiosos, rojizos, morenos, negros, &c.; á veces incoloros, á veces coloridos por materias pulverulentas contenidas en el aire inspirado. Suelen presentar varios matices, ser trasparentas ú opacos. Todas estas variedades dependiendo del grado de mezcla y cantidad de la sangre que les acompaña, no revelan enfermedad alguna en particular, pues se presentan aun en los diversos períodos de una misma, principalmente en la neumonía. El olor y sabor, bastante inciertos por sí mismos y sujetos á la apreciacion del paciente, no constituyen signos de valor, rara vez toman importancia, como en la gangrena pulmonar. Su forma es arredondada cuando se desprenden bien, sin pegarse á las paredes bocales; se presentan, por el contrario, alargados, cuando son glutinosos, como en la neumonía. Conservan á veces formas distintas en las vasijas en que se reciben, y suelen ofrecer las de monedas, de donde les viene el nombre de numulares. Se observan en la tísis, en el período de reblandecimiento, pero pueden tambien pertenecer á simples bronquítis. Se llaman difluentes los esputos, cuando se confunden de manera de formar masas homogéneas. La consistencia es igualmente variable, á veces serosos y limpios como agua, á veces espumosos, cuando están mezclados con bulas de aire, á veces, en fin, purulentos y viscosos como una emulsion. La viscosidad de los esputos rojizos de la neumonía y la limpieza de los serosos de la bronquítis, son caractéres de gran importancia. La cantidad como el volúmen, ó sea la masa de los esputos, presentan todas las variedades posibles, no solo en las distintas enfermedades, sino en una misma, aun en el mismo individuo, segun las edades, hábitos, dias y horas. En los niños faltan, porque llegados á la faringe, los continuos movimientos de deglucion los hacen pasar al estómago. Así, pues, la cantidad y volúmen no nos suministra de una manera absoluta ningun signo importante. El estudio perfecto de la expectoracion, es mas bien del dominio de cada enfermedad en particular.

Los síntomas funcionales que pueden considerarse como característicos de las afecciones pulmonares, son el dolor, tos y dispnea. Siempre que este conjunto se presente, el médico deberá consagrar un escrupuloso exámen á dicho órgano. Cada uno de estos tres fenómenos acompaña á tan gran número de enfermedades, que por sí solos no hacen mas que llamar urgentemente la atencion sobre el pulmon, sin indicar nada en particular; sus variedades son múltiplas, como las afecciones que acompañan, y su estudio exige el de cada una de ellas.

Los fenómenos lejanos y generales de las enfermedades pulmonares, no siendo suficientemente característicos para que puedan dar signos de valor en el diagnóstico, paso, pues, á la tercera y última parte de este trabajo: el diagnóstico de cada enfermedad del pulmon en particular.

Comenzaré por las bronquítis, que como he dicho ya, son la enfermedad mas comun, y si á veces el médico puede sin peligro no consagrarle mas que una ligera atencion, otras debe preveerlas y evitarlas, porque constituyen un enemigo de una extrema perversidad. Su diagnóstico, considerado de una manera general, ofrece á veces la mayor simplicidad y á veces dificultades casi insuperables. Una bronquítis aguda simple es una enfermedad que el vulgo reconoce y diagnostica con tanta facilidad como el facultativo; pero que un individuo todavía jóven, tosa habitualmente, que sus esputos sean espumosos, que pierda sus fuerzas y se ponga pálido, la idea de una tuberculizacion brotará, y el diagnóstico en tales circunstancias es uno de los problemas mas árduos que pueden presentarse al práctico. Necesitará entónces un exámen atento y repetido frecuentemente de todos los signos físicos y generales, consideraciones múltiplas sobre la edad, antecedentes, higiene seguida por el enfermo, &c. Solo por este conjunto llegará á aclarar cuestion tan delicada, sin poder en muchos casos estar completamente seguro de no caer en un error. El elemento mas importante que debe apreciarse para llegar al conocimiento de la individualidad de una bronquítis idiopática, consiste en la relacion que existe entre los signos físicos y los generales. Las bronquítis siendo enfermedades locales, no producen grandes desórdenes en el organismo; aquellos que determinan están relacionados con su sitio, extension y marcha. La apreciacion de la temperatura del cuerpo ha servido á Charcot pa-

ra establecer signos diagnósticos entre la bronquítis simple y la tifoidea, la neumonía, &c. Pero este estudio no está aún suficientemente comprobado y generalizado. En San Andrés he visto comenzar á usarse el termómetro en las salas de los Sres. Carmona y Lavista; pero sus estudios no han llegado aún á las bronquítis. Dicha enfermedad, con reaccion febril, pudiera confundirse con la neumonía incipiente; pero se distingue porque en la primera el dolor reside detras del esternon, es mas bien contusivo que pungitivo; la calentura es medianamente intensa aun cuando aparezca desde el principio; el pecho está sonoro á la percusion y el estertor subcrepitante existe de ambos lados, pues que depende de una afeccion de la mucosa que tan fácilmente se generaliza, ó es producida por una causa que obrando al interior como el aire frio, hiere ambos pulmones á diferencia de las lesiones parenquimatosas que son determinadas por agentes que obran exteriormente y quedan limitadas las mas veces á un solo pulmon. En la neumonía incipiente el dolor es pungitivo; existe bajo la tetilla en uno de los lados del pecho. La dispnea es considerable, la calentura ordinariamente intensa; hay oscuridad en un punto del pecho correspondiente al ruido anormal; y en fin, el estertor crepitante cuando existe, solo se encuentra en un lado del pecho, y es patonogmónico: tambien los esputos casi siempre son rubiginosos. En una época mas avanzada los signos diferenciales se marcan mejor. El diagnóstico presenta mayor oscuridad tratándose de la neumonía lobulillar que acompaña ordinariamente á la bronquítis capilar; sin embargo, la dispnea, ansiedad y extension de los estertores que se presentan á mayor grado en la bronquítis generalizada, aclararán la verdad. La bronquítis que complica al enfisema, podria simular á veces, acompañándose de dolores neurálgicos, á la neumonía; pero la percusion, forma del pecho, &c., por los signos que ántes he dado, evitarán el error. La tísis de marcha rápida presenta tambien síntomas que pudieran hacerla tomar por simple bronquítis; pero los dolores en el vértice del tórax, las hemoptísis, el sonido oscuro bajo una ó ambas clavículas, el estertor sub-crepitante en los mismos puntos, el enflaquecimiento rápido, &c., son otros tantos signos diferenciales. La bronquítis que acompaña á las fiebres eruptivas y á la tifoidea, no serán tomadas como la enfermedad principal, en atencion á los otros fenómenos, ni vice versa, el cortejo que puede acompañar á las bronquítis graves, será considerado como una de dichas enfermedades. Así, en Marzo 30 del presente año he visto entrar al número 9 de los Pilares de San Andrés, á J. M. Tellez, hombre de cincuenta y seis años de edad, doméstico del hospital, fuerte, de temperamento sanguíneo. Hacia tres dias que encontrándose en el ejercicio de su profesion, á la madrugada se sintió, como él decia, mal, con el cuerpo cortado, algo acalenturado, ligero dolor de cabeza, tos seca y frecuente, y así siguió hasta el dia de su observacion. Tenia alguna ansia, su pulso á 72 por minuto, fuerte y lleno. Por percusion la sonoridad algo apagada en ambos lados del tórax y en todos puntos. Por auscultacion, estertores silbantes y alguno que otro mucoso igualmente en ambos lados y en toda la extension de los pulmones; pero perceptibles mucho mejor hácia atras, en la base. Ningun otro fenómeno morboso en los demas aparatos ó funciones. En los dias siguientes, la ansia y postracion fueron aumentando cada vez mas y mas. Los esputos siempre catarrales y raros. Por auscultacion, lo mismo que el primer dia, el murmullo vesicular ofuscado por los estertores que se oian aun á distancia. El pulso subió á cien; pero nunca á mas. El dia 6 de Abril murió hecho presa de una fuerte ortopnea, muy abatido y conservando hasta el último instante su inteligencia. Esta breve historia, cuadro de una bronquítis capilar; aunque por la postracion en que sumergió al enfermo en sus últimos dias y la reaccion febril pudo simular una fiebre tifoidea oculta bajo dicha bronquítis; sin embargo, la falta de toda erupcion exantemática, á pesar de un escrupuloso exámen diario, igualmente la de todo trastorno por parte de las vías digestivas y la perfecta conservacion de las facultades intelectuales; la rareza, en fin, de la fiebre tifoidea clásica en México, y la menor gravedad de la bronquítis en el tifo; todo esto hizo considerar que la enfermedad principal era una bronquítis capilar, y la autopsia rectificó este juicio.

La bronquítis crónica no se confundirá con la neumonía ó la pleuresía crónica; pero el error será mas posible con la tuberculizacion pulmonar. En efecto, cuando esta enfermedad está en su principio, sus signos son poco marcados. Se examinará, pues, el estado general, sin perder de vista los síntomas locales. Si hay enflaquecimiento, palidez, debilidad, sudores nocturnos sin relacion con los fenómenos físicos, se creerá mas bien en la tísis. Si la tos queda seca durante

largo tiempo y los esputos son muy poco abundantes, sin caractéres particulares, si existen dolores entre los hombros, dispnea bastante marcada, y un ligero movimiento febril en la noche, la certidumbre aumentará. En fin, si se demuestra la ausencia completa de estertores sub-crepitantes en la parte postero-inferior del pecho, y al contrario se encuentran bajo las clavículas, ó hay allí una alteracion cualquiera del ruido respiratorio, tal como debilidad de un lado, rudeza, espiracion prolongada, ó algunos chasquidos, no podria dudarse de la existencia de la tísis pulmonar.

Las bronquítis seudo-membranosas se caracterizan por la presencia de dichos productos en los esputos y el ruido como de válvulas que Barth y Cazeaux han hallado por auscultacion.

La broncorrea segun Grisolle, se distingue de la bronquítis por su invasion brusca, la naturaleza albuminosa de la expectoracion, la cantidad considerable de fluido evacuado en poco tiempo y la rápida supresion de sus accesos. La forma diferente de dichos accesos de la broncorrea relativamente á los del asma, así como la cantidad de la expectoracion distinguen estas enfermedades entre sí.

El diagnóstico del enfisema vesicular del pulmon por vía directa, creo no puede ser mejor expresado que como lo ha hecho Louis, diciendo que es una enfermedad apirética, de larga duracion, que principia frecuentemente desde la niñez, rara vez despues de los cincuenta años, por una dispnea que, poco considerable al principio, aumenta con la edad y se exacerba frecuentemente por accesos. Esta dispnea frecuentemente precedida de tos, se acompaña casi siempre de catarro pulmonar en una época variable de su duracion; en seguida se le une una deformacion del pecho casi siempre parcial y residiendo comunmente en la region supra-clavicular y clavículo-mamaria. En los puntos salientes, la percusion es mas sonora y la elasticidad mayor; el ruido respiratorio está debilitado ó nulo; estertores diversos están diseminados en el pecho; en fin, en una época avanzada se ven sobrevenir, palpitaciones y edemas. Este conjunto es evidentemente característico; pero no sucede lo mismo con cada uno de los fenómenos que lo forman, como hemos visto en la semiología, y por esto dicha enfermedad puede confundirse con otras cuando su cortejo no es completo y exige la valorizacion de cada uno de sus signos al formular uno su juicio. Varios son los enfermos que he observado llevados al hospital por este padecimiento, y en ninguno he encontrado todo ese grupo de síntomas que los autores describen; pero la apreciacion de algunos de ellos y sus relaciones han permitido reconocer dicha enfermedad. Por no cansar mas á mis lectores, no trascribiré aquí sus historias; uno de ellos ha sido el objeto de una leccion de nuestro profesor de Clínica. Me limitaré á trazar brevemente su diagnóstico diferencial. La pleuresía y tumores del pecho con quienes pudiera confundirse por las salientes que determinan, son bastante distintas por sus otros síntomas. La bronquítis y tubérculos se prestan á mayor confusion. La bronquítis se distinguirá cuando es simple de cuando acompaña á dicha afeccion, porque la primera no aumenta la sonoridad del pecho ni determina abultamiento del tórax y los accesos de opresion que con mas rareza produce son mas pasajeros, porque se deben á las mucosidades acumuladas en gran cantidad y difícilmente expectoradas ó á la propagacion de la flegmasía á los últimos ramos brónquicos. En el enfisema la dispnea es mas constante; pues que las vesículas pulmonares incompletamente vaciadas á cada movimiento respiratorio, hacen que la renovacion del aire sea incompleta y la menor causa que se sobreañada á este estado, como la hinchazon de la mucosa brónquica, exajera extraordinariamente esa sed de aire, como le llama Niemayer. El enfisema y la tísis pulmonar tuberculosa pudieran confundirse por la tos continua, expectoracion y estertores subcrepitantes bajo las clavículas; pero en la primera de estas enfermedades la sonoridad está exajerada en dichos puntos que se encuentran abultados, y los fenómenos de la voz y tos están disminuidos; miéntras todo lo contrario tiene lugar en la tísis. Ademas, en el enfisema faltan todos los fenómenos de consuncion, hemoptísis y frecuentemente predisposicion hereditaria que se presentan en la segunda de dichas enfermedades. El diagnóstico es mucho mas difícil cuando ambas enfermedades se complican como suele suceder; así en Clínica se ha presentado un enfermo, que llevando largo tiempo de padecer tos, ansia y algunas veces accesos mas ó ménos prolongados de dispnea, su estado general estaba algo deteriorado, ha padecido hemoptísis aunque ligeras, sus esputos al parecer moco-purulentos y de forma numular; por percusion, sonoridad normal ó ligeramente exajerada en las cúspides de los pulmones, por auscultacion, estertores

subcrepitantes; sin embargo, nuestro profesor, con esa loable perseverancia de que todos los dias da pruebas, ha llegado á escuchar ahí el estertor cavernoso, confirmando así el diagnóstico á que inclinaban ya los fenómenos generales de consuncion, algunos sudores que el enfermo acusaba solia tener en las noches, y las hemoptísis.

El enfisema interlobulillar de los pulmones, es una enfermedad cuyo diagnóstico no puede establecerse: en los casos mas felices se llegará tan solo á sospechar.

El asma esencial y la dilatacion brónquica tienen tambien puntos de contacto con el enfisema vesicular, y por lo mismo me ocuparé inmediatamente de ellas. La primera se ha llegado aún á negar que exista como afeccion idiopática: pero parece que está demostrado que el asma puede ser independiente del enfisema, y se dan como caractéres distintivos, que el enfisematoso está constantemente con anhelacion, á veces mas, á veces ménos; pero la molestia de su respiracion es permanente: no puede correr ni hablar largo tiempo sin atestiguar su fatiga. El verdadero asmático tiene intervalos de perfecta salud y gran vigor sin trastorno en la respiracion. Su ataque puede ser terrible, pero no deja trazas despues de su desaparicion, al ménos en los primeros tiempos. A principios de Junio de este año, entró al servicio del Sr. Lavista, A. C., mujer de cincuenta años, viuda, sirvienta, de temperamento linfático-nervioso, constitucion débil, natural de Tacubaya; se enfermó en México cinco dias ántes al de la observacion. Padeció de chica, fiebre; hace un año, dolor de costado del lado izquierdo; hace tres meses neumonía del lado derecho; ha padecido tambien frios que le duraron algunos meses. Su enfermedad actual data de la invasion americana; segun ella, le fué causada por un susto acompañado de un enfriamiento que sufrió acarreando agua en dicha época. Desde entónces padece una ánsia que le viene por accesos, y uno de estos la trae al hospital. En los intervalos de dichos accesos su salud parece buena, no obstante que tiene tos acompañada las mas veces de esputos catarrales. No se le han hinchado los piés ni ha escupido sangre, solo en la neumonía que ella refiere. Su voz normal. Está flaca, arrugada, no acusa calenturas ó calosfrios nocturnos. Su familia nada particular. Ella ha sido estéril; pero su menstruacion le ha venido bien: dicha funcion concluyó hace ocho años. No ha padecido reumatismo. Se queja de dicha ánsia que la sofoca y obliga á estar sentada, deseando cómo asirse á algun objeto para facilitar su respiracion; se ve en cuanto se aproxima uno á ella, que está hecha presa de una fuerte dispnea que la obliga á entrecortar su discurso y se revela en su fisonomía y movimientos. Esta ansia, que en sus primeros dias de hospital fué muy notable, y que ella decia se le calmaba apoyando la palma de las manos sobre la nuca, disminuyó notoriamente en los dias siguientes. Cuando tenia la fuerte dispnea, y aun despues, se le aumentaba, fijándole uno su atencion; cuando se observaba disimuladamente ó estando dormida, su respiracion era mas tranquila, su sueño reposado. Por auscultacion y percusion nada notable, si no era uno que otro estertor mucoso, diseminado. Algo oscura la respiracion en los primeros dias, despues se oyó mejor. El volúmen y ruidos del corazon, normales. El pulso pequeño y regularmente frecuente. En los demas órganos, aparatos y funciones, nada llamó la atencion. El 28 de Junio salió esta enferma de alta, perfectamente aliviada. Como se verá por esta observacion, creo que con razon pudo diagnosticarse á esta enferma, un asma muy probablemente esencial. No habiendo podido seguir la observacion de esta mujer fuera del hospital, á pesar de mis deseos, no pude asegurarme plenamente, como era probable, de que el enfisema vesicular ó la histería fuesen completamente extraños á dicho padecimiento, pues sabido es que el género de vida y medicacion que los enfermos tienen en el hospital, pueden apagar las manifestaciones de dichas enfermedades al punto de hacer su diagnóstico bien difícil en un corto tiempo.

La dilatacion de los brónquios no se tomará por un enfisema, porque en ella la respiracion al nivel del punto ocupado por la enfermedad, es brónquica ó cavernosa; hay broncofonía, y la dispnea no se manifiesta por accesos marcados como en el enfisema. Dicha enfermedad tiene mas analogía con la tísis pulmonar. En un enfermo de Clínica que ha servido para una leccion, la falta de fenómenos generales en relacion con los físicos, ha servido de base al Sr. Jimenez para diagnosticar la dilatacion brónquica.

El estrechamiento de los brónquios es tan raro, y sus fenómenos tan poco conocidos, que su diagnóstico está aún por formar.

El diagnóstico de la tísis pulmonar tuberculosa, varia segun que se considere en el primero ó segundo período: fácil y mortal en el segundo, es de una importancia vital y muy difícil en el primero. En este período exige una gran práctica y profundos conocimientos por parte del médico. Su estudio no podria ser reducido á unos cuantos renglones, ha sido el objeto de una excelente obra por Fournet. Me limitaré á compendiar los síntomas y signos mas importantes y generales. Los signos de agotamiento se muestran desde los primeros tiempos de la tísis: la tos, y sobre todo la tos seca, medianamente intensa, con una poca de molestia en la respiracion; algunos dolores entre los hombros, á veces sudores nocturnos, y en fin, un enflaquecimiento progresivo, vienen á completar el grupo de los fenómenos que se observan con mas frecuencia. La percusion produce bajo una ú otra clavícula un sonido mas oscuro que el del lado opuesto. Á veces la oscuridad del sonido existe de ambos lados, y entónces se reconoce percutiendo el pecho de abajo hácia arriba. En los puntos adonde existe esta oscuridad del sonido se oye auscultando, sea algunos chasquidos raros, sea estertor subcrepitante, sea ruido áspero, sea en fin, una prolongacion mas ó ménos marcada del segundo tiempo del ruido respiratorio. Á veces no existe mas que una simple diminucion en la intensidad de dicho ruido. Al fin del primer período, estos signos se hacen mas distintos; porque al mismo tiempo que se ve aumentar la tos, la expectoracion se hace desde luego opalina, en seguida opaca y verdiosa, el agotamiento hace progresos y las hemoptísis se suceden en intervalos mas ó ménos grandes. La oscuridad del sonido en el vértice del pecho se hace mucho mas distinta; la respiracion es dura, seca, entremezclada de chasquidos, de estertores subcrepitantes, de soplo, &c. Todos estos fenómenos tomados uno á uno, pueden presentarse en otros estados morbosos, pero el modo de asociacion de estos síntomas, su orígen y desarrollo sucesivo, no son los mismos en la tuberculizacion que en esas otras enfermedades. En estas diferencias estriban los medios de diagnóstico diferencial.

Los estados morbosos que pueden simular el primer período de la tísis, pueden dividirse con Fournet en tres clases. 1º Los que presentan los signos locales ó algunos de ellos, sin ofrecer los generales. 2º Los que no ofrecen ninguno de los locales propios á la tuberculizacion, ó que no ofrecen sino los muy vagos, pero que se aproximan á esta afeccion por los generales. 3º Aquellos en los que un conjunto de fenómenos locales y generales concurren á la vez á simular la tísis. El enfisema pulmonar, la dilatacion brónquica y la neumonía crónica, pertenecen á la primera categoría: pero las dos primeras de estas afecciones han sido consideradas ya; la neumonía crónica se distinguirá por los signos sacados del pasado, la diferencia de sitio, el análisis exacto de la marcha de la enfermedad, y su relacion con los fenómenos generales: sin embargo, hay casos en que el diagnóstico seguro es casi imposible. En Clínica estuvo el año pasado, en el número 29, un individuo en quien los signos locales de tuberculizacion en el pulmon derecho, no estando de acuerdo con los generales ni con la constitucion de dicho enfermo, que era la de un atleta, hicieron diagnosticar un endurecimiento y escavaciones pulmonares pequeñas, de naturaleza, muy probablemente, no tuberculosa; sin embargo, dicho enfermo salió de alta, y algunos meses mas tarde volvió á morir en el hospital, presentando signos bien marcados de tísis pulmonar. Los síntomas generales de otras afecciones extrañas al pulmon, que pudieran hacer creer en la tísis, son la clorósis, un desarrollo rápido en la juventud, irregularidades en la menstruacion, desarreglos de las vías digestivas, estado consecutivo á las profesiones sedentarias, &c.; pero siendo de regla para el perfecto diagnóstico, el exámen y concordancia de los fenómenos locales y generales, es claro que la falta de los primeros descubrirá el error. En caso de complicacion de uno de estos estados con las otras enfermedades que simulan los signos locales de tuberculizacion, el diagnóstico tendria mayor dificultad; pero los signos anamnésticos y el exámen atento de la marcha general de la enfermedad y de la marcha particular de los síntomas, iluminará siempre el diagnóstico.

En la tercera clase de enfermedades que simulan á la tísis pulmonar, se cuentan la bronquítis de que he hablado ya, la congestion pulmonar, que rarísima vez podrá simularla de una manera perfecta, pues que los síntomas generales que ella determina son únicamente los de una excitacion nerviosa y plétora general que pasan súbitamente; el sitio ordinario de los fenómenos locales será diverso, en fin, el carácter mismo de los ruidos estetoscópicos, húmedos en un caso, secos y duros en otro, la constitucion del individuo, &c. En los casos de congestiones en los individuos tísicos, se presentarán los atributos de ambas afecciones. La tí-

sis de marcha aguda deberá distinguirse de una neumonía ó pleuresía, porque dichas flegmasías son mas circunscritas, los síntomas que las caracterizan ménos claros y no dan cuenta de la dispnea ni de los dolores toráxicos que se observan. Ademas, al cabo de algunos dias, toda duda desaparece. Podria confundirse dicha tísis con la bronquítis capilar, pero los antecedentes, marcha é influencia del tratamiento sobre la enfermedad, ayudarian el diagnóstico. La manifestacion de la tuberculizacion en otro punto que los pulmones, y principalmente en el mesentereo, como tuvo lugar este año en un enfermo de Clínica, puede ofuscar la afeccion de dicho órgano respiratorio, y en tal caso es indispensable un conocimiento perfecto del principio y marcha de la enfermedad cuando los signos estetoscópicos falten. El diagnóstico de la tísis pulmonar tuberculosa en su segundo período, presenta fenómenos característicos; basta muchas veces el primer golpe de vi ta de un individuo para reconocer dicha enfermedad en ese grado, pero en todos casos, los fenómenos físicos de que me ocupé á su vez, y los generales que son los de consuncion, expresan claramente cuál es el padecimiento. Varias observaciones he recogido de enfermos de esta clase; pero en todos, el diagnóstico siendo bastante semejante y conocido, creo inútil trascribirlas aquí.

El diagnóstico de la neumonía es sencillo cuando se presenta de una manera franca. La siguiente observacion, recogida en un enfermo el dia de su entrada al hospital, expresa el valor de los signos que concurren á dicho diagnóstico. El 1º de Mayo ocupó la cama número 15, de Clinica, F. G., hombre de 30 años, zapatero, constitucion fuerte, temperamento sanguíneo. Ha gozado buena salud anterior; solo ha padecido hace varios años, una pulmonía del lado izquierdo. Mas ni ántes, ni despues de esta, ha sufrido tos ó algun otro trastorno que revelase un padecimiento pulmonar. Hace seis dias, dice, haberse separado de su trabajo para ir á comer, y aunque no experimentó un cambio muy brusco de temperatura, sin embargo, atribuye á esta salida el principio de su enfermedad, pues ya en la noche tuvo calosfrio seguido de calentura, dolor en el costado derecho al nivel de la tetilla, dolor que compara con el de un piquete; tos, acompañada, segun su dicho, en los primeros dias, de esputos con rasguitos de sangre, y hoy, de esputos amarillentos, como la solucion de goma, y pegajosos: ha tenido alguna ansia y se ha sentido acalenturado. En las demas funciones, no ha tenido ningun trastorno notable. Hoy se encuentra en posicion supinodorsal; su tez, por naturaleza, blanca rosada, parece enrojecida; no se observa ansia marcada; sin embargo experimenta alguna cuando está sentado. Se queja aún del dolor dicho y de la tos y esputos referidos. Su pulso da 100 por minuto, es pequeño y algo fuerte. Tiene sed, anorexia, lengua seca y rojiza, cefalalgia ligera, quebranto y malestar general. Por percusion, solo se encuentra debilidad en la sonoridad relativa del pulmon derecho, al nivel dela fosa sub-espinosa y hácia abajo. Por auscultacion, soplo tubario profundo hácia la parte media del pulmon, y ligero hácia la base, acompañándose de frotamiento de la pleura; respiracion áspera hácia la cúspide del pulmon, y hácia adelante, fuerte y exajerada. En los demas órganos y funciones, nada anormal. Diagnóstico: Un enfermo atacado de un dolor punzante al nivel de la tetilla derecha, acompañado de tos, dispnea, reaccion febril, que comenzó hace cinco dias, precediendo á estos síntomas calosfrio, cuyos esputos examinados hoy, se encuentran de aspecto semejante al de la solucion de goma, que la percusion nos da una diferencia en la sonoridad de ambos pulmones, pues es menor á la derecha; y por auscultacion encontramos un soplo profundo en el costado derecho y frotamiento pleural, se puede concluir que se trata de una pleuroneumonía, pues en efecto, el perfecto estudio que se ha hecho de los signos de dicha enfermedad nos permite, aunque no sea mas de por algunos de ellos, y aun en ciertos casos por uno solo, establecer el diagnóstico por vía directa; mas este se consolida y apoya por vía de exclusion, cuando se valorizan todos y cada uno de los signos diagnósticos. En el caso presente, el hábito exterior del cuerpo, no era de tal naturaleza que al aproximarse al enfermo pudiera, como en otros casos, decirse que se trata de una afeccion del aparato respiratorio; mas el sitio y naturaleza del dolor hacian dirigir la atencion hácia dicho aparato respiratorio, y se confirmaba era el sitio del mal, por la tos y dispnea que el enfermo revela cuando se observa con cuidado. El dolor por sí solo es un síntoma comun á muchas afecciones del pecho; mas su sitio y naturaleza excluyen ya un cierto número de dichas enfermedades. Su solo carácter de profundidad excluye con gran probabilidad las afecciones de las paredes del pecho. Su sitio, en este caso, deja á un lado las afecciones neurálgicas; pero estas consideraciones, que no pueden

tener mas que el valor de sospechas, porque no es posible que el enfermo fije con toda certidumbre los límites precisos del dolor, toman el carácter de signos ciertos al acompañarse de tos y dispnea, porque aunque el dolor puede presentarse en enfermedades de la mamila, &c., la tos y dispnea en afecciones del aparato circulatorio, pero los tres reunidos son propios de enfermedades pulmonares, pues suponiendo que vinieran como fenómenos simpáticos de otra enfermedad, esta seria de naturaleza tal, que despertaria síntomas esenciales que llamasen la atencion, y los fenómenos en cuestion no serian, como en el presente caso, los únicos y principales que se encuentran. Todos los demas síntomas en la presente historia corroboran y hacen evidente el sitio del mal. Pero asentado que es una afeccion del aparato respiratorio, ¿cuál de tantas sea? El principio y marcha, así como la reaccion febril continua, nos escluyen todas esas afecciones orgánicas de marcha y naturaleza esencialmente crónicas, y que si dan lugar á calentura, es la héctica, bien diversa por cierto de la continua que tenemos en el caso. Así, á un lado la tísis, dilatacion brónquica ó de las celdillas, &c. Se trata, pues, de una afeccion aguda é inflamatoria, como nos lo revela la calentura, y entre estas tenemos como principales, la neumonía, la pleuresía, la bronquítis y la pleurodinia. Esta última, aunque suele dar nacimiento á calentura, pero esta no es entónces tan continua, el dolor es superficial y extenso; en fin, no hay ninguno de los síntomas físicos descritos. La bronquítis no origina un dolor tan agudo y limitado, no es comun despierte un aparato febril intenso; en fin, los fenómenos de percusion, son normales, y los de auscultacion, diferentes de los del caso, é iguales y extendidos en los dos pulmones. Quedan, pues, la neumonía y la pleuresía; estas dos afecciones no pueden distinguirse sino por los esputos y signos físicos. Los esputos aquí no son los patonogmónicos de la neumonía; pero tampoco son los mas comunes de la pleuresía. Mas el soplo en las circunstancias especiales puede considerarse como propio de la neumonía, porque aunque pudiera convenir á una pleuresía con derrame, faltan los otros síntomas físicos de dicho líquido. Hay, pues, una neumonía, y como el frotamiento pleural revela casi siempre y muy especialmente en las circunstancias expuestas, una pleuresía, en su primer período, el diagnóstico queda formulado como sigue: pleuroneumonía del lado derecho.

Mas la neumonía no siempre se revela con esa forma franca que aparece en la historia precedente, en la misma época casi que tomé dicha observacion, hubo otros varios enfermos en Clínica, en quienes la falta de fenómenos generales en unos, la de los físicos en otros, podia inducir á error. Como se nos hizo observar en la cátedra respectiva, y como me ha manifestado mi deferente maestro el Sr. Hidalgo Carpio, algunos individuos presentan los signos estetoscópicos de la neumonía aun largo tiempo durante la convalecencia, pues de igual manera puede presentarse el caso al principio, ó por el contrario, venir los fenómènos generales sin manifestacion de los físicos. Estas anomalías tienen lugar principalmente en los casos de epidemias catarrales, cuando existe la gripa. Los fenómenos físicos suelen aún encontrarse cambiados de un momento á otro. Las neumonías en los ancianos, las centrales son tambien difíciles en su diagnóstico. En todos estos casos, el exámen escrupuloso y frecuentemente repetido de todos los fenómenos, así como las consideraciones de constitucion médica, edades, &c., podrán únicamente formular un diagnóstico acertado en momento oportuno. La neumonía puede tambien venir encubierta bajo un estado tifoideo é inducir á un error craso, sin embargo, los signos físicos descubrirán la realidad, como tuvo lugar en un enfermo que ocupó la cama número 3 de Clínica, y que por su simple inspeccion cualquiera habria tomado por enfermo de tifo, mas aún, cuando en el vientre presentaba pequeñas manchas, semejantes á petequías; pero la auscultacion no dejó duda al Sr. Jimenez de la enfermedad principal, que le fué curada convenientemente.

La gangrena del pulmon es una enfermedad rara; su fetidez propia hace que no se confunda fácilmente con ninguna otra afeccion.

El cáncer, hidátides, melanósis y concreciones pulmonares, son lesiones extremadamente raras, que carecen de signos diagnósticos fáciles de hallar en los momentos deseados, y que por lo mismo no podrán reconocerse si no es por vía de exclusion, ó cuando circunstancias especiales, como la diatésis cancerosa ó cuerpos particulares en los ésputos, vengan felizmente á sacar al médico de su perplejidad.

Las congestiones pulmonares se dividen en activas y pasivas. Las primeras son consideradas por Devergie como frecuente causa de muertes súbitas, acompañan tambien á varias enfermedades agudas ó crónicas. Sus signos positivos son los

propios del estado anatomo-patológico del órgano; y así pudieran confundirse con la neumonía incipiente y el edéma; pero los fenómenos generales las diferenciarán de la primera de estas enfermedades, así como los signos patognomónicos que hemos visto tiene la neumonía. El diagnóstico diferencial con el edema es mas difícil; sin embargo, el estado general del individuo, la duracion, marcha y causa de la enfermedad, pondrán en la vía. Dichas enfermedades es mas comun vengan como secundarias en el curso de otras del aparato respiratorio ó circulatorio, y estas se reconocerán por sus signos propios. En el hospital se presentan frecuentemente en el curso de las afecciones orgánicas del corazon. Citaré como un ejemplo de congestion pasiva pulmonar, y aun edema rápido, un caso que tuvo lugar en un enfermo de la sala mixta, que afectado de una hemeturia cuya causa sospechaba ser un cáncer ó un cálculo, se presentaba con la anemia dependiente de dichas pérdidas de sangre, y la caquexia propia. Una tarde, sin hemorragia prévia considerable, ni ningun otro fenómeno determinante marcado, dicho enfermo cayó en una gran postracion, con tendencia á conservar la posicion supinodorsal, ansia, y al dia siguiente, estertores mucosos y traqueales perceptibles aun á distancia; boca entreabierta y con espuma, inteligencia torpe é indiferente, pero conservada; movimiento y sensibilidad en los miembros, lo mismo; la vejiga vacía, el vientre indoloro y sonido normal á la percusion. Sentado el enfermo, su dispnea aumenta, la percusion nada descubre en el pulmon, y por la auscultacion se reconocen estertores mucosos húmedos en toda la extension de ambos pulmones. A las 36 horas murió, y la autopsia reveló un edema y congestion pasiva en los pulmones, un fongus en la vejiga.

La hemoptísis no es en realidad, sino un síntoma, que expresa la expectoracion mas ó ménos abundante de sangre, emanada de las vías aéreas, pero por su gravedad exigiendo cuando se presenta que la medicacion sea dirigida mas bien contra él, que contra la enfermedad de que puede ser síntoma, es considerado prácticamente como enfermedad. Su diagnóstico no podrá confundirse con el de ninguna otra enfermedad pulmonar, pero sí lo podrá con otra afeccion extraña á dicho órgano, é importa ademas, en el diagnóstico, apreciar si la sangre viene del pulmon, y allí toma su orígen, ó es vertida por algun vaso inmediato; saber si acompaña alguna lesion pulmonar ó es idiopática, en fin, algunos autores han llegado hasta querer precisar qué clase de vasos pulmonares dan la sangre. Para no tomar una hematemesis por hemaptísis, como la sangre de la primera puede al salir derramarse en cierta cantidad en la laringe y esto provocar tos, es necesario informarse si la tos se ha añadido al vómito ó este ha venido despues de la tos; investigar si síntomas de cardialgía han precedido ó no á la hemorragia, examinar si esta ha sido seguida de evacuaciones negruzcas y pegajosas, ó bien si en los dias siguientes el enfermo ha expectorado mucosidades teñidas de sangre. La sangre que proviene de las vías aéreas es frecuentemente de un rojo claro espumoso, de reaccion alcalina; si forma coágulos, estos son blandos y de un débil peso específico, porque encierran bulas de aire. La sangre vomitada, por el contrario, es casi siempre de color oscuro, negruzco, no se encuentra mezclada con aire, sino con restos de alimentos, su reaccion es generalmente ácida; si se forma coágulo, este es pesado y resistente. La sangre que viene de las fosas nasales, la boca ó faringe, se diagnostica por la inspeccion atenta de dichas partes, y la falta de fenómenos por parte del pecho. La distincion entre las hemoptísis laríngea, traqueal y brónquica, no es posible en la práctica, así como tampoco la del órden de vasos que suministra la sangre. El mismo Graves, á pesar de sus esfuerzos para formular este último diagnóstico segun el color de la sangre expectorada, reconoce; que la sangre de la arteria pulmonar puede hacerse roja cuando está mezclada al aire, y la de las arterias brónquicas ponerse negra cuando permanece en los brónquios. La sangre vertida por un aneurisma aórtico en el pulmon, cuando no es en cantidad tal que termine inmediatamente la vida, se diagnosticará por los síntomas propios y principales á esta lesion, como ruidos é impulsion, semejando á otro corazon al nivel de la parte superior del esternon y la sensacion particular, como de deslizamiento; en fin, los otros signos físicos y generales. Las enfermedades, como tubérculos y apoplegías que dan lugar á la hemoptísis, se reconocerán por sus signos propios. Esta última enfermedad se diagnosticará con seguridad: cuando en un punto limitado del pecho exista una macicez marcada, hay ausencia del murmullo respiratorio, los esputos están teñidos de sangre, no íntimamente mezclada con ellos; la ansiedad es viva; la respiracion muy difícil, y todos estos síntomas han sobrevenido rápidamente.

La tos ferina, que tiene algunos puntos de contacto con las enfermedades pulmonares de que me he ocupado, se caracteriza por una tos convulsiva, notable por sus accesos, en los cuales la respiracion está suspendida, y que se terminan por una larga inspiracion silbante, con expectoracion de mucosidades filantes.

La pleuresía y los derrames de diversa naturaleza que tienen lugar en dicho órgano no siendo enfermedades propias del pulmon y pudiendo por sí solos formar el objeto de una extensa memoria, me bastará haber mencionado sus síntomas comunes con las afecciones pulmonares.

Termíno, pues, confiado en la indulgencia de mis maestros, y esperando que disimularán las faltas que en este primer ensayo de su discípulo encontrarán personas tan distinguidas como ejercitadas en la difícil ciencia del diagnóstico, y cuyo justo mérito las hace figurar como las primeras en el círculo médico mexicano.

México, Diciembre de 1869.

Angel Contreras.